

Fundação Bissaya Barreto  
Instituto Superior Bissaya Barreto

## **SATISFAÇÃO COM A REFORMA E ÂNIMO:**

### **UM ESTUDO COM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO- INSTITUCIONALIZADOS**

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gerontologia  
Social

Ana Maria Apóstolo da Costa

Orientadora: Prof. Doutora Isabel Cerca Miguel

Coimbra

Junho de 2013

Fundação Bissaya Barreto  
Instituto Superior Bissaya Barreto

**Por:** Ana Maria Apóstolo Costa

**Título:** Adaptação dos Idosos à Reforma e Satisfação com a Vida

**Orientação:** Professora Doutora Isabel Cerca Miguel

Coimbra 2013

## Agradecimentos

Desde o momento em que iniciei este caminho até à presente data passou um ano e meio. Durante este período, e para que fosse possível a chegada a esta fase, não posso descurar o contributo de algumas pessoas e instituições, a quem estou profundamente reconhecida.

O meu primeiro agradecimento vai, para a Professora Isabel Miguel, a quem diversas vezes procurei, pedindo auxílio ou quase “socorro” para que me apoiasse e me ajudasse a encontrar um sentido e encadeamento para o presente trabalho e que sempre se mostrou disponível, respondendo prontamente às minhas solicitações.

O meu segundo agradecimento vai para a Santa Casa da Misericórdia de Condeixa-a-Nova, à qual devo dois diferentes tipos de reconhecimento, por um lado devo agradecer o facto de me apoiar no sentido de me facilitar em termos de horários, uma vez que é a minha entidade empregadora; por outro não esquecer que me proporcionou a oportunidade de aprofundar o conhecimento da realidade de alguns reformados aí residentes.

Por último um agradecimento muito especial ao meu filho que, embora sem ainda ter noção, foi algumas vezes privado da atenção da mãe numa fase de grandes aquisições e desenvolvimento.

## Resumo

O envelhecimento não é somente um momento na vida do indivíduo, mas um processo extremamente complexo, que tem implicações tanto para a pessoa que o vivencia, como para a sociedade que o assiste. Envelhecer é, deste modo, um processo sequencial, inevitável, individual e singular, que traduz a história, a cultura, o tempo em que se vive e o trajeto de vida de cada indivíduo, podendo ser abordado numa perspectiva existencial de natureza compreensiva.

O principal objetivo do presente estudo consiste em analisar as diferenças entre indivíduos institucionalizados e não institucionalizados, no que respeita à satisfação com a reforma.

Pretende-se também analisar se existem diferenças significativas entre os dois grupos de idosos, no que respeita às razões para a reforma, à satisfação com a vida e aos motivos de prazer.

Participaram no nosso estudo cinquenta idosos (25 institucionalizados e 25 na comunidade) que foram selecionados de forma intencional, tendo sido utilizado o Questionário Sociodemográfico, o Inventário de Satisfação com a Reforma e a Escala de Animo de Lawton.

Com a realização deste estudo e após a recolha e análise dos dados, foi possível concluir pela existência de diferenças significativas entre os dois grupos de idosos considerados. Assim, mais especificamente os idosos institucionalizados apresentam-se menos satisfeitos com a reforma do que idosos não institucionalizados, tendo em conta três dimensões diferentes: razões para a reforma, satisfação com a vida e motivos de prazer.

De igual modo, os resultados permitem ainda observar que os idosos institucionalizados se sentem mais sozinhos do que idosos a residir no seio sóciofamiliar, apresentando estes últimos, mais atitudes positivas face ao próprio envelhecimento, quando comparados com os primeiros.

## Abstract

Aging is not only a moment in the life of the individual, but an extremely complex process, which has implications both for the person who experiences it, and to society that attends. Aging is thus a sequential inevitable, individual and unique, reflecting the history, the culture, the time in which we live and the way of life of each individual and can be approached from a perspective of existential understanding nature.

The main objective of this study is to examine the differences between institutionalized and non-institutionalized individuals with regard to satisfaction with retirement.

We also intend to examine whether there are significant differences between the two elderly groups, with regard to reasons for retirement, satisfaction with life and pleasure grounds.

Participated in our study aged fifty (25 institutionalized and 25 in the community) that have been intentionally selected, having been used Sociodemographic Questionnaire, the Inventory of Satisfaction with the Reformation and Scale Animo Lawton.

With this study, and after the collection and analysis of data, it was possible to establish the existence of significant differences between the two elderly groups considered. So, more specifically the institutionalized elderly have less satisfied with retirement than non-institutionalized elderly, taking into account three different dimensions: Reasons for retirement, satisfaction with life and pleasure grounds.

Similarly, the results allow to observe that the institutionalized elderly feel more alone than elderly to reside within familial interaction, with the latter, more positive attitudes to aging itself, when compared with the first.

## Índice

Introdução .....	8
CAPÍTULO I Envelhecimento: Elementos de Enquadramento .....	10
1. Envelhecimento .....	11
1.1. O Processo de Envelhecimento .....	11
1.2. Envelhecimento Demográfico .....	13
1.3. Envelhecimento e Velhice .....	17
1.4. Institucionalização na Velhice .....	27
CAPÍTULO II A Reforma .....	33
1. A Reforma .....	34
1.1. A passagem à Reforma: Adaptação Psicológica .....	34
1.2. Qualidade de Vida .....	41
1.3. Projetos de Vida .....	42
2. Bem-Estar Psicológico e Ânimo nos Idosos Reformados .....	44
3. Satisfação com a Reforma .....	47
CAPÍTULO III Estudo Empírico .....	49
1. Estudo Empírico .....	50
1.1. Pertinência e objetivos da Investigação .....	50
2. Hipóteses .....	53
3. Instrumentos .....	54
3.1. Questionário Sociodemográfico .....	54
3.2. Escala de Ânimo de Lawton .....	54
3.3. Inventário de Satisfação com a Reforma .....	55
4. Amostra .....	60
5. Procedimentos .....	63
6. Resultados .....	65
6.1. Satisfação com a Reforma .....	65
6.1.1. Análises comparativas nas subescalas da dimensão Razões para a Reforma .....	66
6.1.2. Análises comparativas nas subescalas da dimensão Satisfação de Vida .....	67
6.1.3. Análises comparativas nas subescalas da dimensão Motivos de Prazer .....	69

Conclusão.....	76
Bibliografia .....	81
ANEXOS .....	86

## Introdução

O conhecimento acumulado sobre como as pessoas envelhecem, aponta a plasticidade e a diversidade como características fundamentais, mostrando que nem todos vivem o processo de envelhecimento da mesma maneira, uma vez que esse fenómeno está estreitamente relacionado às formas materiais e simbólicas que identificam socialmente cada indivíduo.

O envelhecimento constitui assim um processo que, no plano individual, implica trajetórias de vida e, no plano coletivo, se constrói sob diferentes influências de ordem sociocultural. Já a velhice denota o estado de “ser velho”, ou seja, a condição resultante do processo de envelhecimento que gerações têm vivenciado no âmbito de contextos específicos do seu ciclo vital (Fonseca, 2006).

Segundo Villegas e Pérez (2009), o processo de envelhecimento depende de diversas condições económicas, de saúde e do contexto em que se encontra a pessoa idosa. Verifica-se desta forma, que as experiências de vida individuais se refletem no comportamento do indivíduo, tanto no presente como no futuro.

A Gerontologia, ciência na qual se enquadra o presente estudo, tal como as restantes disciplinas do conhecimento, necessita de renovar continuamente o seu corpo de conhecimentos. Para que tal aconteça, é necessário que haja uma sucessiva pesquisa e produção de saber, que só serão assegurados através da investigação. (Giorgi & Sousa, 2010).

Deste modo, o presente trabalho pretende contribuir para o conhecimento neste domínio, tendo como objetivo fundamental perceber o modo como os idosos percecionam a situação de reforma/aposentação, bem como as diferenças existentes entre idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados no que a este tema diz respeito. No quadro do aprofundamento desta temática, pretende-se, deste modo, contribuir para aumentar o conhecimento científico acerca da velhice e da reforma, de modo a proporcionar aos profissionais, instituições e sociedade em geral o benefício e influência positiva nesta etapa da vida.



A amostra é composta por 50 reformados, 25 institucionalizados em Estrutura Residencial para idosos e 25 a viver no seio sociofamiliar.

Recorreu-se a três instrumentos distintos, questionário sociodemográfico, Escala de Ânimo de Lawton e Inventário de Satisfação com a Reforma.

A aplicação dos instrumentos foi realizada de forma individual e personalizada, num ambiente calmo (sala fechada), sem interferência nos horários de atividades dos idosos. Estas decorreram na instituição onde o idoso reside (no caso dos idosos institucionalizados) ou no seu domicílio (no caso dos idosos não-institucionalizados).

Face a este propósito anteriormente estabelecido, o presente trabalho encontra-se estruturado em três capítulos, estando estes divididos em diferentes temas e/ou subtemas. O capítulo I diz respeito ao enquadramento contextual do fenómeno do envelhecimento, desenvolvendo-se aqui alguns aspetos relativos ao envelhecimento demográfico, ao envelhecimento/velhice e à institucionalização. O capítulo II corresponde ao enquadramento do tema abordado neste trabalho, nomeadamente a reforma, a satisfação e qualidade de vida neste período do ciclo de vida do indivíduo, bem como o bem estar psicológico/ânimo do idoso reformado. O capítulo III engloba o estudo empírico, incluindo assim a problemática do fenómeno em estudo, as opções metodológicas, a apresentação e discussão dos resultados da investigação, e finalmente, as limitações e conclusões deste.

# **CAPÍTULO I**

## **Envelhecimento: Elementos de Enquadramento**

## **1. Envelhecimento**

### **1.1. O Processo de Envelhecimento**

A importância de conhecer os acontecimentos e os valores que preencheram a infância e a juventude das atuais gerações de septuagenários, octogenários e nonagenários, permanecem vivos e capitais nas escolhas e nos percursos que tomam agora aquando do seu processo de envelhecimento. A abordagem de uma perspectiva de curso de vida e da identidade como projeto reflexivo são, pois fundamentais para que a sociedade promova qualidade de vida às pessoas idosas (Silva, 2009).

Segundo Afonso e Diniz, (2010 cit. in Franco, 2010), as pessoas idosas representam o grupo da população mais variado e heterogéneo, com diferenças biológicas, físicas, mentais, culturais e históricas, que não só as distinguem dos adultos e crianças, como também as fazem ser diferentes entre si, pelo que podemos concluir que só partilham o "envelhecimento cronológico", e não o vital, pois apesar de terem em comum pertencer ao mesmo grupo de idade, estas têm necessidades e expetativas diferentes.

O duplo envelhecimento da população repercutiu e continua a repercutir um desequilíbrio entre o peso relativo das diferentes gerações e poderá estar na origem de graves problemas nas diferentes esferas da estrutura social, económica, política e cultural da sociedade. Uma vez que os idosos, da mesma forma que os demais segmentos etários (crianças, jovens e adultos), possuem exigências específicas para obtenção de adequadas condições de vida, estas fizeram da velhice um tema privilegiado de investigação nas distintas áreas de conhecimento, elevando substancialmente o volume de obras publicadas nos últimos tempos (Pimentel, 2001).

Em Portugal o envelhecimento tardio da população portuguesa, quando comparado com o de outras sociedades, adiou durante algum tempo a abordagem do fenómeno demográfico do envelhecimento, mas adiou sobretudo a análise das suas consequências para as famílias e para o conjunto da sociedade. Este é uma das maiores conquistas, mas também um dos maiores desafios, para o idoso e para a sociedade onde

está inserido, pois vivemos numa nova sociedade, agora mais envelhecida, e que todavia, envelhecerá ainda mais, não sendo este um processo uniforme (Ferreira, 2009).

A problemática do envelhecimento e a necessidade de manter o alerta e a preocupação sobre os direitos das pessoas idosas exige uma orientação clara da estratégia a seguir, devendo esta ter como base as vivências dos próprios, pois só deste modo se respeita as pessoas mais velhas e o fenómeno de envelhecer.

Corroborando esta ideia, Blanco (2007) afirma que durante este processo não se produzem só perdas e deteriorações, mas também se adquire conhecimento e experiência, aprendem-se novas habilidades para a adaptação e aquisição destas perdas, assim como a capacidade para seguir e participar socialmente na sociedade em que se integram. O reconhecimento social dos idosos e do seu envelhecimento é fundamental para que haja qualidade e vida, visto que cada vez mais as pessoas vivem mais anos.

Considerando o grau de complexidade da realidade acerca da velhice e as dificuldades teóricas e metodológicas para a definir, (Lopes, 2002 cit. in Gonçalves, 2003) defende a perspetiva “transdisciplinar”, visto que esta representa uma dimensão que se esforça em contemplar o conjunto dos aspectos (biológico, económico, sociocultural) apontados nas várias perspetivas de análise (biológico/comportamentalista, economicista e sociocultural) para a contemplar na sua totalidade. Nesta perspetiva, a velhice é percebida como um fenómeno natural e social que se desenrola sobre o ser humano, único, indivisível, que, na sua totalidade existencial, se defronta com problemas e limitações de ordem biológica, económica e sociocultural que singularizam o seu processo de envelhecimento.

Ao longo deste capítulo, procuraremos refletir sobre o envelhecimento demográfico, o processo de envelhecimento e a velhice, enquanto estado/categoria social, e a institucionalização durante esta fase avançada do desenvolvimento humano, temas que se justificam pela necessidade de focalizar a problemática do fenómeno em estudo, servindo este como base de contextualização desse fenómeno.

## **1.2. Envelhecimento Demográfico**

O aumento crescente da população idosa no mundo, particularmente nas sociedades desenvolvidas, conduziu à necessidade dos profissionais de saúde, da própria população idosa e da sociedade em geral, de dispensar uma atenção especial e global a este grupo etário. Esta situação envolve graves problemas de natureza física, psicológica, social e económica, evidenciando a necessidade de uma abordagem alargada e de soluções específicas para este grupo populacional (Veríssimo, 2006).

O envelhecimento da população nos países desenvolvidos é, atualmente, um dos fenómenos com maior interesse de estudo, devido ao aceleramento que se tem verificado nestes últimos anos.

Uma das conquistas mais importantes do século XX foi o aumento da esperança média de vida em cerca de 25 anos. Contudo, os historiadores sociais encontraram um paradoxo: uma sociedade que conseguiu reduzir os efeitos negativos do envelhecimento biológico, mas incapaz de lidar com os efeitos negativos do envelhecimento social. Nas últimas três décadas, e numa sociedade em que as pessoas viviam mais e melhor do que antes, um número crescente de trabalhadores foi injustamente afastado do trabalho, sendo este apenas um exemplo dos preconceitos, discriminação e exclusão social que as pessoas mais velhas sofrem na atualidade. Houve um acréscimo de anos à vida, mas não de vida aos anos (Franco, 2010).

Este pensamento é corroborado por Pimentel (2001), ao referir que nem sempre a longevidade significa qualidade de vida. O surgimento de pessoas de idade cada vez mais avançada, traduz-se, consequentemente, em idosos mais dependentes, que perdem a sua autonomia e se tornam dependentes de terceiros.

A pirâmide demográfica atual caracteriza-se essencialmente pela descida da mortalidade e natalidade. A diminuição da mortalidade beneficiou primeiro a infância e a juventude, e mais tarde, o resto das idades, sendo este um espetacular aumento nas expectativas de vida dos seres humanos. Com o novo modelo demográfico verificou-se o aumento de octogenários, nonagenários e centagenerários, ou seja, deu-se longevidade à vida. Também, a baixa taxa de natalidade, devido ao controle da reprodução, limitou o

forte crescimento demográfico que as sociedades registaram noutras épocas, provocando o aceleramento do processo de envelhecimento (Baracho, 2005).

Ao nível mundial o ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem (Baracho 2005). As consequências deste aumento da proporção de pessoas com mais de 60 ou 65 anos de idade e do prolongamento das suas vidas para além do período normal de atividade, serão uma realidade ao longo dos próximos anos nos países desenvolvidos. O envelhecimento como fenómeno social é um dos desafios mais importantes do século XXI, conduzindo à reflexão sobre questões com relevância crescente como a idade da reforma, os meios de subsistência, a qualidade de vida dos idosos, o estatuto dos idosos na sociedade e a solidariedade intergeracional.

Em Portugal prevê-se, segundo os últimos dados demográficos do Instituto Nacional de Estatística (2012), um aumento considerável da população idosa, em resultado da baixa fecundidade/natalidade e do aumento da esperança de vida. Segundo dados do INE, (2012), em Portugal manteve-se a tendência de envelhecimento demográfico observada nos últimos anos. Entre 2005 e 2010, a proporção de jovens (população dos 0 aos 14 anos de idade) decresceu de 15,6% para 15,1%, a de indivíduos em idade ativa (população dos 15 aos 64 anos de idade) reduziu-se de 67,3% para 66,7%, e, a percentagem de idosos (população com 65 ou mais anos de idade) aumentou de 17,1% para 18,2%. Em resultado destas alterações na estrutura etária, o índice de envelhecimento – número de idosos por cada 100 jovens – aumentou de 110 para 120 idosos por cada 100 jovens.

Ainda, de acordo com o INE, (2012), os ganhos na esperança de vida à nascença são mais evidentes na primeira metade do século XX, resultantes, sobretudo, do declínio acentuado da mortalidade nos primeiros anos de vida. Nas últimas décadas, verificou-se uma redução progressiva no ritmo de crescimento deste indicador, beneficiando, cada vez mais, de ganhos provenientes do aumento da sobrevivência em idades avançadas.

Portugal mantém a tendência de envelhecimento demográfico, processo que se evidencia na alteração do perfil que as pirâmides etárias apresentam nos últimos anos, quer na base da pirâmide etária – realçado pelo estreitamento, que traduz a redução dos

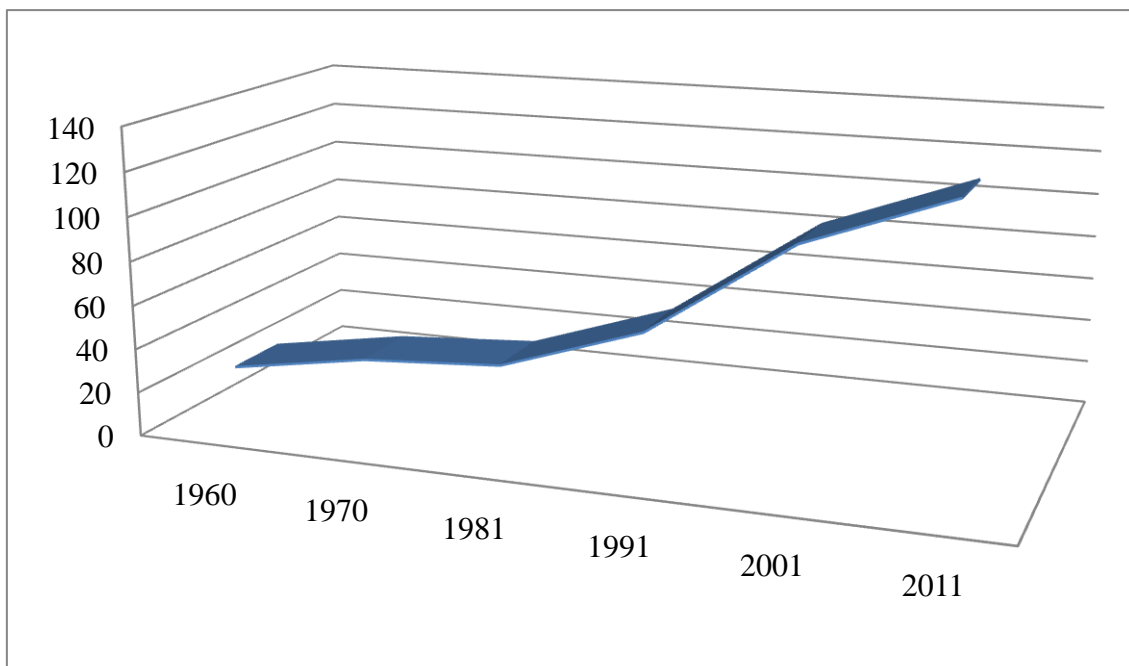
efetivos populacionais jovens, como resultado da baixa da natalidade – quer no topo da pirâmide – pelo seu alargamento, que corresponde ao acréscimo das pessoas idosas, devido ao aumento da esperança de vida. As previsões demográficas relativas à esperança de vida em anos estimam em 2010, cerca de 82, 3 anos para o sexo feminino e 76,4 anos para o sexo masculino. Contudo prevê-se um agravamento deste duplo envelhecimento, apontando como cenário mais plausível das projecções demográficas, em 2050, que as mulheres podem esperar viver em média até aos 84,7 anos e os homens até cerca dos 79 anos.

Hoje temos muito mais idosos, quer como proporção da população, quer em termos absolutos, o que implica, necessariamente, uma diferente ponderação dos problemas que os afetam. Este duplo envelhecimento da população causa um desequilíbrio entre o peso relativo das diferentes gerações e poderá estar na origem de graves problemas.

Portugal apresenta pouco dinamismo demográfico, dado que possui uma estrutura etária cada vez mais envelhecida, reduções no número médio de pessoas por agregado familiar e ritmos de crescimento próximos de zero, conforme afirmado por Ferreira (2009). Porém, as consequências do envelhecimento da população portuguesa serão sentidas em vários aspetos, realçando a diminuição da população escolar, o agravamento dos níveis de dependência, o abrandamento do ritmo de crescimento demográfico, maiores custos sociais, necessidade de criar maior número de estruturas de apoio aos idosos, aumento do consumo e das atividades turísticas relacionadas com a terceira idade e a importância crescente para o poder político, como grupo de eleitores (*idem*).

O índice de dependência total, ou seja, o número de jovens e de idosos em cada 100 indivíduos em idade ativa, aumentou de 47,8 em 2001 para 51,3 em 2011. Este valor resulta de duas evoluções opostas neste período de tempo: uma redução, ainda que ligeira, do índice de dependência de jovens (número de jovens em cada 100 indivíduos em idade ativa) de 23,6 para 22,5, e simultaneamente um aumento do índice de dependência de idosos (número de idosos em cada 100 indivíduos em idade ativa) de 24,2 para 28,8 (INE, Pordata - 2012).

Nas últimas décadas o índice de envelhecimento sofreu grandes alterações. De acordo com os dados da Pordata (2012) este valor, que era de 27,3 em 1960, aumentou para 128,6 em 2011, conforme mostra a Figura 1.



**Figura 1: Evolução do Índice de Envelhecimento em Portugal**

(Fonte: Pordata, 2012)

O padrão demográfico atual, caracteriza-se por uma população envelhecida, que acarreta elevadas consequências para a sociedade. Do ponto de vista económico, implica uma diminuição da população produtiva com aumento da população dependente; do ponto de vista sanitário, o aumento da população doente ou em risco, o acréscimo do consumo de cuidados e o aumento da necessidade de profissionais das áreas da saúde e da gerontologia, implicam muitos recursos por parte da sociedade que não podem ser menosprezados (Ferreira, Rodrigues & Nogueira, 2006).

Este facto é também reforçado por Franco (2010), ao referir que com a longevidade observou-se um ganho para a sociedade contemporânea. Porém esta não foi acompanhada com a qualidade de vida perspectivada por muitos. Este aumento de



pessoas mais envelhecidas cronologicamente traz à tona estereótipos que tanto castigam essa fatia da população, acarretando sérios prejuízos de ordem social e económica. Esta evolução demográfica é explicada pela baixa taxa de fecundidade, acentuada queda da mortalidade infantil, aumento da esperança de vida, em particular para os homens e pelo desacelerar das correntes imigratórias, que no nosso país significa uma componente positiva para a dinâmica populacional.

O século XXI é e será, pelo menos num futuro próximo, marcado por um ciclo de populações que tendem a envelhecer, de sociedades cuja estrutura é predominantemente constituída por idosos.

### **1.3. Envelhecimento e Velhice**

No percurso da vida, juventude e velhice são fases que se interligam. Na juventude existe o futuro, na qual as capacidades físicas e intelectuais estão em ascensão e o organismo se fortifica e se torna mais resistente. Já na velhice, o futuro “não existe” e o presente é ambíguo, sendo, a nível social a doença percebida como seu sinónimo. Mas, cada um de nós traz “o velho dentro de si”, sendo a sua transformação operada pelo tempo, existindo a lei da vida que faz o seu declínio. Podemos dizer que com o avanço da idade, a passagem do tempo não é um prenúncio de um futuro, mas um distanciamento da juventude (Freitas, 2006 cit. in Ferreira, 2009).

A velhice, enquanto destino biológico do Homem, é vivida de forma variável consoante o contexto social em que se inscreve. Com o processo de envelhecimento ocorrem mudanças significativas que se refletem em vantagem e também desvantagem para o indivíduo idoso em relação às solicitações do mundo (Cordeiro, 2008).

Cada indivíduo tem assim vivências em campos distintos que interagem com as disposições e posições de cada um, donde emerge o estilo de vida e a percepção do mundo. Nesse sentido, o envelhecimento e a velhice manifestam-se com percepções diferentes entre os indivíduos, mesmo que vivam em contextos sócioeconómicos semelhantes.

Ferreira (2009) define que envelhecer é também aceitar o inaceitável, ou seja, a perda gradual de funções estruturais e funcionais, a mutilação, a separação, o sofrimento e o confronto com o desconhecido - a morte.

Esta conceção anterior é reforçada por Franco (2010), ao referir que envelhecer não é algo que só acontece aos outros, mas sim uma experiência ímpar e altamente pessoal, que afeta todos os que vivem. Quando se fala de envelhecimento, referimo-nos a um processo natural, universal, dinâmico, particular, intransferível com realidades próprias e diferenciadas. Envelhecer é ter a oportunidade de se puxar pela memória e viajar através das lembranças, boas ou más, e reviver momentos significativos que se passaram no percurso da vida.

Todavia, as pessoas não envelhecem todas da mesma maneira, (Fonseca 2006) ou seja, as pessoas apresentam a idade biológica, psicológica e sociocultural. A idade biológica diz respeito ao funcionamento do organismo, dos seus tecidos; a idade psicológica verifica-se através da capacidade e adaptação ao meio de acordo com as mudanças que ocorrem; a sociocultural em função dos papéis sociais que uma pessoa adota frente a outras pessoas, sociedades e cultura.

Atualmente já não se questiona que o envelhecimento seja um facto biológico inevitável, associado ao código genético de cada um, mas questiona-se que haja correspondência exata entre envelhecimento físico e declínio intelectual. Há claramente uma distinção entre idade cronológica e idade funcional, dependendo esta última depende das características específicas de cada indivíduo e do modo como as desenvolveu ao longo da vida (Vaz, 2008).

Segundo Franco (2010), o envelhecimento é um processo natural e pode ser considerado uma experiência muito positiva, pois é rica de momentos únicos e diferentes entre si. Mas, as pessoas não envelhecem todas ao mesmo tempo nem da mesma forma. Para além de fatores genéticos, que são fundamentais no processo de envelhecimento, há que realçar outros como: o modo de vida, o ambiente onde vivem, as experiências vividas, as relações familiares, entre outras. Esta ideia surge reforçada por Baracho (2005), ao referir que cada pessoa é um ser único. Deste modo o envelhecimento acontece de forma diferenciada. Neste processo alguns indivíduos

podem envelhecer com maior rapidez fisicamente, e outros psicológica ou socialmente, sendo que, este poderá também estar influenciado pelos hábitos de vida do homem ao longo do seu percurso.

Por sua vez, Durham (1989) classifica o envelhecimento em cinco tipos: *envelhecimento biológico*, o qual admite mudanças na estrutura e fisiologia do corpo ao longo da vida; *envelhecimento psicológico*, pois considera as alterações do comportamento e da autopercepção e a sua relação face às alterações biológicas; *envelhecimento funcional*, que mede as capacidades dos indivíduos para funcionar em sociedade, em comparação com outros da mesma idade; *envelhecimento sociológico*, que corresponde aos papéis e costumes na sociedade; *envelhecimento espiritual*, porque supõe as mudanças na percepção de si mesmo, na relação com os outros, o lugar que ocupa no mundo e a própria visão do mundo. Para o autor, cada tipo de envelhecimento, presumivelmente experimentado por qualquer pessoa, está sujeito a alterações e ameaças nas diversas ocasiões ao longo da vida.

Para Silveira (2008), o envelhecimento a nível cognitivo constitui um fator determinante na manutenção da autonomia da pessoa idosa. A noção de autonomia está ligada a uma maior aptidão cognitiva, enquanto que a dependência está ligada à perda de capacidade motora. Envelhecer sem incapacidade é um fator indispensável para a manutenção de uma boa qualidade de vida, devendo a dependência ser encarada como um processo dinâmico cuja evolução pode ser modificada e até pode ser prevenida ou reduzida se houver ambiente e assistência adequada. A melhor estratégia para conseguir envelhecer sem incapacidade e com autonomia, é através da prevenção de doenças, sequelas e complicações e da promoção e proteção da saúde das pessoas idosas ao longo do ciclo vital.

Também, o declínio das capacidades sensoriais, motoras e mnésicas interferem com o quotidiano do idoso e com a aptidão deste em lidar com eficácia perante as adversidades do meio em que se insere. Conhecer a realidade dos idosos no seu meio e adequar estratégias é fundamental para melhorar a percepção e a qualidade de vida destes (Gonçalves, 2003).

De referir que o envelhecimento tem um maior impacto nas últimas fases da vida do homem, do qual resultam alterações fisiológicas, morfológicas, bioquímicas e psicológicas, com ritmos de declínio variáveis entre os vários órgãos no mesmo indivíduo e entre indivíduos. É uma etapa da vida caracterizada por circunstâncias pessoais, familiares, laborais e culturais que vão influenciar a percepção de cada indivíduo acerca desta etapa (Silveira, 2008).

A variabilidade é uma das principais características do envelhecimento humano, na qual se verifica uma diminuição da funcionalidade dos diferentes sistemas orgânicos com a idade. Porém esta diminuição não se produz com a mesma intensidade em indivíduos da mesma idade. O envelhecimento, acarreta deste modo, alterações físicas, sociais, cognitivas e comportamentais, que afetam diretamente a posição social e o papel desempenhado pelo indivíduo, qualificando-o ou desqualificando-o para o seu exercício ou interferindo diretamente nas suas condições de autonomia e independência (Blanco, 2007). Villegas e Pérez (2009) referem, ainda, que velhice é vista como uma etapa de perdas, tanto físicas como mentais, em que surge a necessidade de depender de outras pessoas para realizar atividades de vida, que antes conseguiam fazer de forma independente.

Reforçando esta ideia Silva e colaboradores (2009 cit. in Ferreira 2009) caracteriza o envelhecimento como um processo de deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo. Este comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes não só para a sua vida, mas também para a família, para a comunidade e para o sistema de saúde, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade destes. O envelhecimento, inicia-se assim, muito antes de atingirmos a idade adulta e a velhice constrói-se ao longo da vida. O conceito de velhice pode ser caracterizado pelo modo como uma determinada sociedade encara o envelhecimento e pela percepção individual do idoso a respeito de si próprio (embora nem sempre corresponda à sua condição). A forma como a sociedade vê e respeita o idoso, determina como ele se adaptará e assumirá a sua velhice. Não é possível ter uma única autoconceção da velhice, uma vez que esta depende das vivências e dos aspectos socioculturais de cada um (Villegas & Pérez, 2009).

De acordo com Baracho (2005), a velhice engloba conceitos relacionados com a idade cronológica (idade do nascimento, exprime-se em anos), idade biológica (envelhecimento celular e aparecimento de doenças) e idade psicológica / social (idade de vida reconhecida e definida segundo as regras da sociedade). Contudo, o envelhecimento está relacionado com o aparecimento de doenças senis ou com o envelhecimento patológico, sendo importante distinguir “envelhecimento normal” de “envelhecimento patológico”.

De acordo com Villegas e Pérez (2009), a velhice pode ser vista pelo indivíduo e pela sociedade como uma experiência positiva, negativa ou ambas. A percepção desta irá depender das circunstâncias vividas no passado, mas sobretudo das atuais (estado de saúde atual). Franco (2010), - refere que para uma perspectiva de envelhecimento positivo é necessário que seja garantido ao indivíduo a oportunidade de participação em questões de ordem social, política, cultural, espiritual, e outras que o mesmo tenha direito a usufruir. Com isso, é assegurado o respeito universal pela liberdade e igualdade garantindo o direito à cidadania.

A nossa sociedade constrói a imagem da velhice de acordo com a sua estrutura social e com os valores que criam a sua própria identidade. Esta é modificada ao longo do ciclo vital, através das experiências de vida individual e de grupo, dos poderes políticos, religiosos e económicos. Contudo, a velhice foi sempre percebida como um momento particular da vida humana em relação ao qual foram variadas as perspetivas sociais e culturais desde a Antiguidade (Vaz, 2008). O mesmo autor refere que a representação da velhice constrói-se através dos valores simbólicos que acompanham o indivíduo na trajetória de vida, o que leva a dizer que cada indivíduo é o produto de um processo dinâmico de socialização que implica a interação das dimensões da vida humana, familiar, escolar e trabalho. Cada indivíduo tem vivências em campos distintos que interagem com as disposições e posições de cada um, donde emerge o estilo de vida e a percepção do mundo.

Os preconceitos e a visão pessimista da velhice, são históricos. Contudo o envelhecer é uma experiência demasiado rica e complexa para ser reduzida a uma dimensão única; assim, quando se equaciona algo de tão global como o envelhecimento humano, há que procurar além das ciências descritivas um quadro mais adequado à sua

compreensão. Alguns tipos usuais do significado do envelhecer que, numa dicotomia simples, se podem rotular de favoráveis (homem sábio e ético) ou desfavoráveis (homem limitado, relativo, despromovido, doente, ameaçado e vulnerável) para a qualidade afetiva da vida do idoso (Nunes, 2001).

Ainda assim, subsiste o pressuposto da velhice como última fase da vida, caracterizada pelas perdas (familiares, económicas físicas e sociais) e acompanhada de deterioração do funcionamento. Esta perspectiva fundamenta-se na inevitabilidade do declínio biológico e físico que encara a velhice como um retrocesso a uma maior dependência. Segundo Agich (2008), tanto os estereótipos negativos do idoso como indivíduo dependente quanto as imagens dos idosos activos, saudáveis, e envolvidos em estilos de vida especiais após a aposentadoria reflectem um padrão cultural no qual os idosos são culturalmente isolados. O mesmo autor refere ainda que a velhice no mundo ocidental desafia a generalização fácil pela grande variabilidade que se verifica neste grupo.

Esta pressão de estereótipos acerca da velhice faz com que muitos idosos se sintam fragilizados e angustiados, levando a uma diminuição da sua auto-estima e por vezes da sua autonomia, isolando-se e tornando-se posteriormente mais dependentes (Franco, 2010).

Sugere-se que a imagem da velhice é multidimensional e complexa, sendo organizada em três fases: experiência/sabedoria, adaptação e declínio. A velhice é, então, percebida como um momento particular, a última etapa da vida, que pode ser mais ou menos retardada consoante o indivíduo e a sua trajectória de vida.

A velhice é vista como uma fase da vida que traduz experiência, sabedoria e maturidade, na qual é possível o idoso viver feliz e intensamente, em que este está mais disponível para realizar os desejos e sonhos que não foram até então atingidos. A experiência está associada, assim, a um aumento de conhecimento que pode facilitar o desempenho intelectual, sobretudo, na organização e na flexibilidade em usar esse conhecimento. Para Barros (2008), sabedoria resulta do equilíbrio entre afectividade e cognição, leva a relativizar o acessório e a valorizar o essencial e gera uma maior capacidade de discernimento e de aconselhamento. No senso comum, a sabedoria é mais

vincada à medida que a idade avança, adquirida com a experiência da vida. Efetivamente, os idosos podem apresentar padrões de comportamento apontados como sábios, graças às capacidades de: se lembrar, falar de factos e procedimentos, fazer novas associações, aventar hipóteses explicativas, fazer análises éticas e morais e de oferecer alternativas de solução de problemas, baseadas na experiência acumulada.

Envelhecemos a cada minuto que passa e, portanto, precisamos de nos adaptar constantemente às limitações próprias do passar dos anos sobre o organismo. As mudanças que ocorrem podem ser *físicas, psicossociais e funcionais* (Berger, 2005 cit. in Ferreira, 2009). As *mudanças físicas* são graduais e progressivas, caracterizam-se por: aparecimento de rugas, perda da elasticidade da pele; diminuição da força muscular, da agilidade e da mobilidade das articulações; aparição de cabelos brancos; redução da acuidade, da capacidade auditiva e visual; distúrbios do sistema respiratório, do circulatório; alteração da memória e outras. Por seu turno, as mudanças *psicossociais* compreendem as modificações afetivas e cognitivas: consciência da aproximação do fim da vida; suspensão da actividade profissional por aposentadoria, acompanhada, por vezes, pela sensação de inutilidade; solidão; afastamento de pessoas de outras faixas etárias; segregação familiar; dificuldade económica; declínio no prestígio social; experiências; valores e outras (Berger, 2005; Oliveira, 2010). Já as *mudanças funcionais* traduzem-se na necessidade quotidiana de ajuda para desempenharem as actividades básicas (Berger, 2005). Face às mudanças que referimos o idoso pode apresentar dificuldades adaptativas a nível emocional, fisiológico, ocupacional e social.

A velhice é apresentada como um período de declínio, caracterizado justamente pela perda de capacidades e pelo declínio físico, que leva às alterações sociais e psicológicas e se constituem atributos desta etapa da vida. Considerada por alguns um termo pejorativo, a velhice é também conotada com o acentuar das características próprias da personalidade e com o declínio cognitivo. Na literatura gerontológica e geriátrica, o declínio que acompanha o envelhecimento é classificado de senescência e senilidade (Hernandis & Martinez, 2006). A senescência é um fenómeno fisiológico e universal, arbitrariamente identificada pela idade cronológica, pode ser considerada um envelhecimento sadio, em que o declínio físico e mental é lento e compensado, de certa forma, pelo organismo. A senilidade caracteriza-se pelo declínio físico; associada à

desorganização mental, identifica-se por uma perda considerável do funcionamento físico e cognitivo, observável nas alterações da coordenação motora, alta irritabilidade, além de uma considerável perda de memória, mas não é exclusiva da idade avançada, podendo ocorrer prematuramente.

Vaz (2008), a propósito da percepção da velhice descreve que numa primeira fase a percepção de velhice está relacionada com a componente física humana, destacando-se o aspeto físico, a limitação das capacidades e a componente mental, e posteriormente, o sentimento de exclusão da vida social e relacional. Neste estudo, verificou-se uma separação clara entre envelhecimento e doença (má velhice). Surge, assim, uma conceção de velhice associada à idade como passagem do tempo e identificada como um processo de envelhecimento individual em que existe uma diminuição das capacidades físicas e mentais pelo uso do organismo, sendo esta acompanhada duma noção de “doenças próprias da idade” e em que a probabilidade de adoecer aumenta com o processo de envelhecimento e com a vida que se tem. Aparentemente desligada desta visão do desgaste natural e das doenças próprias da idade, está a conceção de doença grave do físico (perda de autonomia motora, explicada pelos comportamentos individuais ao longo da vida) ou da mente (perda da noção de serem quem são, explicada pelo poder divino ou destino), surgindo também a perda da qualidade de vida, induzida pelo discurso de limitações das capacidades irreversíveis.

Também a representação social de velhice surge como acontecimento individual positivo, associado à acumulação de competências e amadurecimento progressivo sobre os assuntos que ocupam e preocupam as pessoas. A velhice, no discurso comum, é também descrita como resultado da atitude individual face a ela, ou seja, é uma identidade construída como projeto (atividades de gozo, de afetividade, de relações intergeracionais). Verifica-se uma recusa clara em associar a velhice à idade cronológica, as pessoas com 70 e 80 anos não se consideram, nem gostam que lhe chamem velhos.

Quanto à visão social da velhice (Paúl, 1997), num estudo realizado com cerca de 100 pessoas da zona Norte em Portugal, refere que a velhice não é está associada à idade mas sim à doença, o que pode acontecer em qualquer idade. A interiorização é de uma maior longevidade “até aos 90 anos” e sobressai uma visão negativa sobre a



velhice, associada a dependência de terceiros. Neste pensamento sobre a velhice que se começa a perspetivar, aparece a referência à hipótese de ir viver para um Lar. Não é um fato do seu agrado mas que, face à não disponibilidade dos filhos, aceitam como alternativa. Sobressai a aceitação conformista das novas relações familiares que contrariam as expectativas construídas para a sua velhice pela proximidade e companhia frequente dos filhos e pela presença do cônjuge ao seu lado, que encaram a vitória sobre a potencial solidão que integram na noção de velhice.

A construção social da velhice é também frequentemente conotada com a situação de reforma (Silva, 2009). Esta leva a uma perceção de envelhecimento e velhice associado à inutilidade e, por outro lado, a uma auto-perceção que se distancia desta. A situação de reforma, tem assim, uma dupla significação, pois pode ser representada por um afastamento do circuito de produção (provoca sentimentos de inutilidade e vazio) e pela possibilidade de direito a um repouso remunerado (mais tempo livre, maior disponibilidade para as relações sociais) (Vaz, 2008). Contudo para Silva (2009), atualmente nem a passagem da vida profissional para a reforma se faz de forma linear, nem as representações da velhice respondem aos mesmos códigos simbólicos que tradicionalmente se associavam à reforma.

Segundo Gonçalves (2003), o envelhecimento da população é um facto comprovado, em que se verifica uma perda gradual da qualidade de vida, tornando-se desta forma uma das principais preocupações dos intervenientes no domínio da saúde. Torna-se premente definir um conjunto de intervenções ordenadas e humanizadas no sentido de promover as capacidades existentes na pessoa idosa, melhorar a auto-estima e a relação com os outros, mantendo a qualidade de vida tão boa e por tanto tempo quanto possível.

O principal determinante da perceção de satisfação com a vida na velhice é, para Fonseca (2005a), um relacionamento social estável e os fatores associados estão relacionados à sensação de conforto e bem-estar, independentemente da classe social. Por outro lado, Burgio (2007 cit. in Murakami & Scattolin 2010), afirma que a perda do funcionamento adaptativo em idosos não é unicamente resultado de um declínio ou de mudanças biológicas negativas, mas, sim, consequência de um ambiente que estabelece

e decide a ocasião para o comportamento deficitário e que reforça o comportamento ineficaz e de dependência.

Franco (2010 cit. in Silva 2009) refere que o tão almejado Envelhecimento Activo “é o novo marco que reconhece as pessoas idosas como membros integrados na sociedade em que vivem, que contribuem plenamente para o seu desenvolvimento ao mesmo tempo que beneficiam dele com o passar do tempo.” (p.97) e “é um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o fim de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem.” (p. 97) Contudo, estas são metas ainda distantes de alcançar.

Esta ideia é reforçada por Pinto (2001), ao referir que o envelhecimento saudável ou o considerado envelhecimento normal, sem patologias ou com o mínimo de patologias, é diferente da senescência e das condições patológicas. Não é o envelhecimento por si só que conduz a incapacidades e a doença, havendo portanto necessidade de compatibilizar o envelhecimento com uma qualidade de vida que permita envelhecer com sucesso.

Uma qualidade de vida satisfatória para os idosos pode ser interpretada segundo Spidurso e Cronin (2005 cit. in Murakami & Scattolin - 2010), como a possibilidade de conseguir cumprir as suas funções diárias adequadamente, sentir-se bem e viver de forma independente. Em relação à funcionalidade, o idoso experimenta um aumento progressivo das limitações para as atividades quotidianas, o que afeta a sua independência e a sua autonomia.

Franco (2010), - referindo a OMS, define como objetivo para melhorar a qualidade de vida das pessoas que ficam mais velhas, que o envelhecimento deve ser encarado como uma experiência positiva, devendo ser acompanhado de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança. Esta refere ainda que um envelhecimento saudável deverá ser resultado da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e capacidade de adaptação a fatores externos.

Simões (2005), com base no Estudo da Fundação MacArthur, ressalta que um envelhecimento bem sucedido assenta em três componentes:

- 1) baixo risco de doenças, ou incapacidades relacionadas com a doença (a velhice saudável está associada ao bem-estar e à felicidade);
- 2) funcionamento físico e mental elevado (manter-se ativo na satisfação das necessidades do dia-a-dia e atividades culturais);
- 3) empenho ativo face à vida (relacionar-se com os outros e sentir-se produtivo).

Também para Ferreira (2009), um envelhecimento saudável, com autonomia e independência é presentemente um desafio, sendo que a promoção do envelhecimento saudável, diz respeito aos diferentes “actores” nomeadamente à saúde, segurança social e educação.

#### **1.4. Institucionalização na Velhice**

O ingresso num lar nem sempre é do agrado do idoso, mas, devido à indisponibilidade dos filhos, aceita-o como alternativa. Ser cuidado por um familiar pode ser encarado como uma retribuição ao carinho e cuidado que os idosos ofereceram ao longo das suas vidas, um caminho natural de uma sociedade acostumada a cuidar de seus pais na velhice. A sociedade portuguesa caracteriza-se pela existência de fortes laços de solidariedade familiar e comunitária que exercem uma função protetora importante para a estabilidade emocional e para o bem-estar físico dos indivíduos. Contudo e perante as alterações que se verificam na família e na sociedade actual, a institucionalização é uma alternativa para quem, apesar de desejar outro tipo de solução, deixa de ter condições de continuar a viver na sua própria casa, conforme refere Almeida (2004).

A atual geração de idosos, provém de uma época na qual a família era ampla, caracterizando-se por um convívio intenso e frequente entre as gerações. Hoje em dia, com as diversas tarefas diárias que os diferentes elementos da família têm que cumprir, por vezes os laços afetivos, a cooperação e o contato com os restantes membros são postos em causa.

Apesar das relações intergeracionais se terem alterado em função de fatores como o acentuado envelhecimento demográfico, a mobilidade geográfica e social dos jovens, a alteração da condição feminina, a crescente integração das mulheres no mundo laboral, a precarização das condições de vida ou o crescimento dos serviços formais de apoio ao idoso, a família continua a ser a principal fonte de apoio aos idosos nos cuidados diretos, no apoio psicológico e nos contatos sociais (Pimentel, 2001).

A família desempenha assim um papel fundamental neste processo, pois é na família que o indivíduo cresce, se desenvolve e morre. Este conceito tem-se desvanecido e de acordo com Cordeiro (2008), nas últimas décadas, as famílias portuguesas sofreram alterações na sua estrutura (redução do número de elementos), o que coloca os idosos sem retaguarda de apoio, levando na maioria das vezes à institucionalização.

A preocupação de não recorrer à institucionalização é constante, quer por parte dos idosos, quer por parte dos familiares, pois existe uma opinião depreciativa generalizada em relação às instituições. A dedicação dos familiares que cuidam é, de um modo geral, apreciada e enaltecida pela sociedade. O posicionamento destas face à ideia de deixar de cuidar e de colocar os doentes numa instituição reporta-se à ideia de abandono, irresponsabilidade, perda e deslealdade (Pimentel, 2001).

Com a evolução da sociedade a família mudou os seus hábitos diários e a falta de tempo entrou no vocabulário dos que estão ainda na vida ativa. Os idosos, conscientes da pouca disponibilidade dos familiares para lhes prestar apoio, justificam que não é por falta de vontade ou afeto, mas pela exigência da atividade profissional.

A alteração da condição feminina com o aumento do nível de escolaridade e de formação profissional, a sua crescente e rápida inserção no mundo laboral e, consequentemente, a valorização do seu estatuto social implicam uma menor disponibilidade para as atividades relacionadas com o espaço doméstico e legitimam o questionamento dos papéis que tradicionalmente lhe eram atribuídos (Baracho, 2005).

Com as mudanças do papel da mulher portuguesa na família, centradas na entrada rápida e maciça no mercado de trabalho a partir dos anos setenta, fizeram-se

sentir progressivamente, à medida que o papel feminino, alicerçado em gerações sucessivas de mulheres domésticas, se foi alterando. Verificou-se a partir daí a necessidade de recorrer a recursos de apoio.

Assim, as transformações sociológicas no conceito de família a que se tem vindo a assistir, demonstram uma reorganização estrutural que evidencia as dificuldades das mesmas em se manterem enquanto sistemas de suporte. As famílias parecem já não ter capacidade tradicional enquanto cuidadoras dos seus idosos, deixando de ser sistemas informais de suporte e, recorrendo muitas vezes a alternativas comunitárias ou institucionais (Baracho, 2005).

Também Franco (2010) refere que no passado, os mais velhos ocupavam lugares de destaque e tinham um papel de prestígio devido à experiência acumulada durante anos. Eram reconhecidos no seio familiar como elementos importantes, onde a sua opinião era aceite e respeitada. Hoje, essa posição foi deixada um pouco para trás, pois não é raro observar a institucionalização do idoso e o seu “esquecimento”.

No contexto da modernidade avançada, as relações familiares, na sua forma tradicional, deram lugar ao protagonismo de “instâncias secundárias”, como as instituições que configuram o curso de vida do indivíduo (lares, centro de dia, centro de convívio, turismo sénior) (Vaz, 2008). Também o financiamento das instituições e dos serviços, por parte do Estado, provocou uma despersonalização destas relações familiares, pois assumiu-se como o grande promotor do bem-estar social, oferecendo um conjunto de serviços e equipamentos diversificados, com vista a abranger diferentes necessidades e diferentes níveis de carência (Pimentel, 2001).

A institucionalização surge normalmente, para a família ou para os idosos, como última alternativa, quando todas as outras são inviáveis. Se é verdade que a perda de autonomia física é um fator determinante na opção de internamento, e que muitos dos idosos residentes em lares são fisicamente dependentes, o fato é que, associados a esta dependência física, surgem fatores que, por vezes, condicionam mais fortemente esta decisão, tais como, o isolamento e a falta de recursos económicos e habitacionais.

Ao analisar a opção do idoso em ingressar numa instituição, Reed (2003 cit. in Fonseca 2006) definem-na em quatro tipos: preferencial, estratégica, relutante e passiva. Na *preferencial*, o próprio idoso pondera a ida para um lar como a melhor alternativa quando está só ou sente que sobrecarrega os familiares. Na opção *estratégica*, a pessoa exprime um planeamento ao longo da vida e, com antecedência, procede à inscrição num lar ou torna-se sócio de uma instituição. Contrariamente, a opção é *relutante* quando o idoso resiste ou discorda da institucionalização, é pressionado pela família ou a deliberação é tomada por profissionais. Na opção *passiva*, o idoso é encaminhado para um lar sem o questionarem.

Assim, o processo de adaptação ao lar é facilitado se a decisão for do tipo preferencial ou estratégico (Reed 2003 cit. in Fonseca 2006) e, por oposição, é dificultada se for do tipo relutante, passiva ou por resignação (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006). Seja qual for a circunstância, a decisão de integrar um idoso num lar significa sempre a rutura com o seu meio afetivo, social e arquitetural. Almeida (2004) indica como preditores de adaptação ao lar a auto-eficácia para a saúde, o preconceito sobre lares, o apoio emocional dos funcionários e outros moradores, a satisfação da família e a satisfação geral com a instalação. Refere ainda fatores importantes para ajudar os idosos a alcançarem sucesso na sua permanência no lar: os recursos humanos de enfermagem, o apoio social e as instalações.

As instituições para idosos destinam-se essencialmente a idosos dependentes, com necessidades de cuidados a múltiplos níveis devido a perdas funcionais e que tornam problemática a vida a sós ou com a família (Pereira, 2006 cit. in Ferreira, 2009). Considera-se institucionalização do idoso quando este permanece todo o dia ou parte dele entregue aos cuidados de uma instituição que não é a sua família. De acordo com a Carta Social de 2006, em Portugal serão mais de 208450 idosos residentes (Ferreira, 2009).

O número de idosos institucionalizados em Portugal tem vindo a aumentar e segundo Murakami e Scattolin (2010), a correlação multicausal entre envelhecimento e institucionalização, é determinada pelo perfil social e de saúde. Alguns fatores que contribuem para a necessidade de institucionalização é a vida moderna atual, tais como:

a participação feminina no mercado de trabalho, que retira do domicílio a figura tradicionalmente convocada para o cuidado dos mais velhos e a drástica queda da taxa da fecundidade, que reduz a disponibilidade de cuidadores domiciliares. Da mesma forma, a nova configuração das unidades familiares – mulheres sós, mães solteiras, casais sem filhos, filhos que emigraram – reduzem a perspectiva de envelhecimento num ambiente familiar seguro. Outros fatores que também contribuem para a institucionalização, tais como a solidão, o isolamento, o morar só, a precariedade de condições habitacionais o suporte social precário e a baixa renda (associada à viuvez, aposentadoria, menor oportunidade de empregos formais e estáveis e aumento dos gastos com a própria saúde) são cada vez mais frequentes.

O valor simbólico que envolve os lares, são negativos e remetem para uma velhice triste, pobre e solitária, enquanto etapa à espera da morte. Esta fase da vida em que o idoso entra para uma instituição é representada como a última etapa da sua trajetória de vida, sem qualquer expectativa ou possibilidade de retorno. No entanto, para alguns idosos, a institucionalização representa uma significativa melhoria das condições de vida, da sua estabilidade emocional e da sua segurança. Para outros, significa uma rutura com o seu espaço físico e relacional. A institucionalização permanente implica uma rutura com o quotidiano e a vida passa a ser regada por normas institucionais (Cordeiro, 2008).

A institucionalização tem um impacto na qualidade de vida das pessoas dado que provoca alterações nas rotinas diárias (higiene, alimentação e outros) e compromete alguns aspetos relevantes da vida tais como a prática de atividades lúdicas e de lazer (Ferreira, 2009). Estas são responsáveis por promover a estimulação física, sensorial e sócio-emocional, de forma a alcançar um bem-estar biopsicosocial do idoso, sendo importante a sua manutenção à medida que a idade avança. No modelo institucional deve estar contemplado o despertar de interesses individuais, ajudar a descobrir capacidades, ser um meio possibilitador de comunicação, ajudar a melhorar a perceção social, estimular a criatividade, fomentar iniciativas sócio culturais, ajudar a promover e a dinamizar o trabalho de grupo, encorajar a autonomia e outros. Conhecer o impacto da institucionalização, sobre cada um destes aspectos, possibilita planear e implementar

ações e direcionar estratégias no suporte social que levam à prevenção e promoção da saúde, resultando na melhoria da qualidade de vida.

A qualidade de vida dos idosos depende de fatores biológicos (associados à saúde e doença). Contudo há outros fatores sociais, culturais, hábitos de vida e as características de cada um que influenciam a vivência e satisfação desta qualidade de vida, devendo haver uma perspectiva multidisciplinar e interdisciplinar sobre a temática.

Segundo o estudo realizado por Murakami e Scattolin (2010), com uma população de idosos institucionalizados no Brasil, na avaliação por tarefas verifica-se que a maioria dos idosos institucionalizados apresentam dependência em relação à alimentação, banho, utilização das instalações sanitárias, controle da urina, transferências e marcha e à medida que a idade aumenta, diminui a independência funcional destes idosos, sendo estes considerados fatores de risco para a institucionalização. Numa população de idosos chineses institucionalizados, Tsang e colaboradores (2006, cit. in Murakami & Scattolin, 2010), constataram que aqueles que apresentaram menor nível de independência também apresentaram menor nível de satisfação com a sua vida.

Em geral a decisão de institucionalização do idoso parte dos filhos, familiares ou mesmo vizinhos, havendo no entanto alguns idosos que decidem, eles próprios, pela institucionalização, no intuito de encontrar segurança e manter a sua independência e autonomia. Existem alguns idosos que vêem aspetos positivos nesta etapa da vida, tais como, ter tempo livre e descansar e vivenciam-nas com gosto e otimismo. Por outro lado, entre os aspetos mais importantes da sua vida, destacam a saúde, a perda de memória, a saudade e a falta de independência. A estes fatos associam ainda conotações negativas de improdutivos e dependentes, concebidas pela sociedade em geral (Candás & García, 2005 cit. in Villegas & Pérez 2009).

Ferreira (2009), no seu estudo, verificou que a grande maioria dos idosos refere que gostaria de viver na sua casa em vez de estar no lar, classificando a sua qualidade de vida na instituição como satisfatória. Quando solicitados, para em poucas palavras dizerem o que é ter “uma vida boa”, a maioria refere não ter doença, sendo este o principal motivo da institucionalização bem como a solidão.



# CAPÍTULO II

## A Reforma

## **1. A Reforma**

### **1.1. A passagem à Reforma: Adaptação Psicológica**

Apesar da intervenção de instituições e de pessoal especializado no cuidado dos idosos, a solidariedade e o apoio ao idoso por parte da família continuam a ser prestados, embora existam condicionalismos vividos por esta que originam alterações na forma da prestação desse apoio. Um outro aspeto que é importante focar nesta breve problematização do conceito de terceira idade, é o facto de os idosos de hoje viverem as situações de reforma e velhice de forma diferente de algumas décadas atrás. Como observou Pierre Brasseul (1981), “não se vive a reforma em 1980 como se viveu em 1960”. (p. 10)

De facto, dois modelos de velhice coexistem hoje: uma velhice ativa ao lado da velhice passiva “tradicional”.

Nos países mais avançados, atualmente, a esperança de vida é mais elevada, as condições económicas têm vindo a melhorar para um número cada vez maior de idosos, os cuidados de saúde estão mais generalizados do que estavam há algumas décadas atrás, assim como o acesso à cultura e à educação.

Uma outra mudança, referenciada por Brasseul, (1981 cit. in Cabrilo & Cachafeiro, (1992), na forma da vivência da reforma/velhice, é o aumento da participação dos reformados/idosos na vida cultural e a necessidade de se sentirem inseridos social e culturalmente; de continuarem ativos e atualizados em diferentes áreas do conhecimento.

Esta questão articula-se com outros dois factos das sociedades desenvolvidas que são: por um lado, o rápido desenvolvimento da tecnologia e do conhecimento e por outro lado, o facto de a educação começar a ser, cada vez mais, perspectivada como um processo ao longo da vida, valorizando e envolvendo outros contextos e agentes educativos, ultrapassando a visão limitada e exclusivista de educação como educação escolar e como preparação para o mundo do trabalho.

Alguns estudos abordam a problemática da reforma como sinónimo de ruptura com o mundo do trabalho e exclusão social. Entre eles, Olievenstein (2000), aponta que a perda do vínculo com a atividade laboral que ocupa boa parte do seu tempo, o status que algumas funções dão ao indivíduo e a dúvida do que fazer com parte do seu tempo livre, contribuem para que muitas pessoas não consigam separar a razão de viver da razão de trabalho.

A passagem à reforma, é um acontecimento da vida que pressupõe um processo de transição e adaptação, implicando inúmeras mudanças na vida e sucessivas reorganizações, com o objetivo de manter ou até melhorar o bem-estar físico e psicológico. De acordo com Fonseca (2004b), as pessoas reformadas vivem razoavelmente satisfeitas nos primeiros anos após entrarem na situação de reforma, pois as recordações e lembranças, bem como os efeitos do passado estão bastante presentes. No entanto, após alguns anos e com o avançar da idade observa-se um “desligamento e vulnerabilidade crescentes” o que leva a crer que os efeitos do envelhecimento acentuam mais no ponto de vista psicológico.

Os benefícios da atividade profissional no indivíduo são indiscutíveis, na medida em que confere inserção em redes sociais e contextos profissionais, estabelecimento de rotinas, auto estima, identidade pessoal sentido de pertença, sentido de autonomia, participação, etc. No entanto não podemos excluir aqueles a quem o trabalho não transmite princípios positivos.

De acordo com Sonnenberg (1997,cit. in Fonseca, 2004b), é possível vislumbrar o impacto da reforma ao nível psicológico no indivíduo em função do grau do investimento profissional. Assim, quando as profissões desempenhadas permitem desenvolver carreiras, torna-se mais frequente que a “passagem à reforma” origine o mesmo tipo de sentimentos. No entanto poderá também assistir-se a alguma frustração.

Julga-se que o impacto da passagem à reforma sobre a vida psicológica dos indivíduos pode ser analisado de acordo com o modo de ocupação do tempo e às atividades a que o indivíduo recorre no sentido de o preencher.

Neste período de transição-adaptação poderão verificar-se situações de sensibilidade com consequências inevitáveis ao nível do bem-estar físico, psicológico e social.

O envelhecimento físico caracteriza-se por uma diminuição das capacidades físicas inerentes ao avançar da idade, como a perda de mobilidade, a perda de memória, perda da visão, da audição, etc.

As funções sensório-percetivas diminuem com o avançar da idade e no plano sensorial traduzem-se por alterações da visão, da audição e do olfato. Estas diminuições manifestam-se por uma redução da capacidade de receber e tratar informação proveniente do meio ambiente, existindo também um declínio da comunicação com o meio exterior, o que pode isolar a mulher idosa do seu meio.

A surdez influencia a comunicação verbal, pois o indivíduo que apresenta um défice auditivo perde a capacidade de seguir uma conversa, o que vai favorecer a desconfiança, podendo mesmo recusar-se a conversar. Também a perda total ou parcial da visão leva a uma diminuição da vida social e do interesse pelas atividades recreativas.

Por vezes, o idoso pode apresentar um quadro de apatia, de inatividade, de desinteresse geral, o que se deve à diminuição da recetividade sensório-percetiva e da atividade cerebral.

Alguns valores importantes, como a confiança em si, a vontade, a coragem, a capacidade de aprender e a capacidade relacional estão ligados à personalidade e ao desenvolvimento psicológico.

A velhice constitui por si só, um período de stress físico e psíquico, sendo por isso muito frequente o aparecimento de problemas funcionais ou psíquicos derivados do próprio pensamento, o que pode levar a evoluções reativas anormais desde perturbações neuróticas e até mesmo psicoses.

Apesar da vida profissional estar sujeita a modificações ao longo da história, o modo de encarar a retirada da atividade profissional manteve-se idêntica ao longo de séculos. De acordo com Prentis (1992, cit. in Fonseca, 2004b), as pensões de reforma só

foram oficialmente instituídas na indústria americana em 1951, o que serviu não apenas para proteger os trabalhadores na velhice, mas também para incentivar as pessoas a reformarem-se e a abrirem espaço para que indivíduos mais novos pudessem aceder ao mundo do trabalho.

No caso específico da sociedade portuguesa, a reforma é um fenómeno ainda mais recente (Fernandes, 1997; Pestana, 2003, citados por Fonseca 2006). Com efeito, até à década de '70, a maioria das mulheres permanecia em casa e cerca de 30% da população trabalhava na agricultura sem direito a beneficiar de pensões de reforma. Estas estavam confinadas a um número pequeno de trabalhadores, pois muitos morriam antes de atingirem a idade em que, eventualmente, poderiam beneficiar de tais pensões. Somente a partir de meados dos anos 70, com o desenvolvimento dos esquemas públicos e privados de segurança e proteção social, foi possível à generalidade dos trabalhadores portugueses encarar a reforma como um direito.

Nas sociedades industrializadas, a relação entre o ser humano e o trabalho mudou profundamente ao longo do século XX sob o ponto de vista social, na medida em que com a reforma é assinalada a entrada na velhice. Para vários autores, a reforma é algo que surge associado ao envelhecimento e que praticamente todos os trabalhadores contam experimentar, não obstante a diversidade de experiências pessoais associadas à vida profissional fazer com que algumas pessoas desejem, mais do que outras, o dia em que se vêem livres da "obrigação" de trabalhar. Tendo em conta as modificações ocorridas na economia, no mercado de trabalho e na própria organização da vida social, a reforma assume-se hoje para a esmagadora maioria dos trabalhadores como um direito social e como algo que dá mesmo "um novo sentido" à vida depois de certa idade (Setterste 1998, cit. in Fonseca, 2006).

Antes de mais, a vida profissional proporciona aos indivíduos a atribuição de um sentido social à existência, relacionado com a ocupação que desempenham. Tal como na vida familiar, a vida profissional pode incorporar múltiplos tipos, devendo a relação das pessoas com a profissão ser vista como uma relação complexa, que gira principalmente em torno do significado que o trabalho adquire para cada indivíduo. Para além disso, trabalhar não é apenas uma questão de realização de tarefas, implica também oportunidades de relacionamento social e de preservação de uma imagem pessoal.

De acordo com Fonseca (2006), a "passagem à reforma" pode apresentar um conjunto de fatores de natureza psicossocial que condicionam o modo como as pessoas a enfrentam e resolvem a situação de reformado. Assim, para muitas pessoas, permanecer no trabalho pode efetivamente ser mais vantajoso do que retirarem-se da vida profissional, constituindo tal permanência um fator determinante para a manutenção de um sentido de integridade pessoal, principalmente para as pessoas que ocupam lugares de prestígio e que vêm as suas competências devidamente reconhecidas

Apesar disto, a tendência recente tem sido no sentido de a reforma ocorrer cada vez mais cedo no ciclo de vida dos indivíduos. Com efeito, a predominância das profissões no sector dos serviços e a consequente redução ou mesmo eliminação de atividades profissionais na indústria e sobretudo na agricultura, tem feito com que, a partir de certa idade, seja cada vez mais difícil aos adultos permanecerem no mercado de trabalho. A medida que este se encaminha para uma estrutura claramente pós-industrial, exigindo cada vez maiores habilitações, a oferta de trabalho para indivíduos mais velhos vai-se reduzindo e muitas das competências que os indivíduos adultos apresentam são hoje obsoletas, quando comparadas com as competências altamente sofisticadas sob o ponto de vista científico e tecnológico apresentadas pelos mais novos.

Estas alterações na gestão de recursos humanos do mundo profissional têm resultado num claro aumento das "reformas antecipadas". Isto faz com que a ocorrência da reforma por volta dos 50 anos de idade se tenha tornado um fenómeno corrente, ao lado de situações mais tradicionais (como a reforma cerca dos 65 anos), e de situações menos frequentes (como a *recusa* da reforma), tornando extremamente variável o modo como se faz a retirada da vida profissional.

Para Burgess, Schmeeckle & Bengtson (1998, cit. in Fonseca, 2006) a diversidade de experiências no modo como decorre a transição da vida profissional para a reforma corresponde, no fundo, à própria diversidade de experiências enquanto trabalhador, ou seja, a história dos indivíduos como trabalhadores vai afetar, necessariamente, a respetiva "passagem à reforma" e a sua história como reformados.

O momento da "passagem à reforma" e o processo de adaptação que lhe está inerente poderão constituir ocasiões particularmente sensíveis ao aparecimento de

alterações no funcionamento psicológico dos indivíduos, com inevitáveis consequências ao nível do respetivo bem-estar psicológico e social. Para a maioria das pessoas, a "passagem à reforma" não assinala apenas o fim da atividade profissional, sendo também o fim de um período longo que marcou a vida, moldou os hábitos, definiu prioridades e condicionou desejos, podendo ser ao mesmo tempo um momento de libertação ou um momento de sofrimento e de perda. A forma como se encara essa passagem é determinante para garantir a satisfação de vida nos anos seguintes, pelo que a avaliação da satisfação com a reforma revela-se muito quer no sentido da prevenção de situações de desajustamento, quer no sentido da melhoria da qualidade de vida dos indivíduos reformados (Ekerdt & DeViney, 1990 cit. in Fonseca, 2006).

Num estudo efetuado no concelho de Matosinhos, Barreto (1984, cit. in Fonseca, 2006) sinaliza a reforma como a principal causa do sentimento de solidão entre os homens idosos, com elevada relação entre reforma e dependência económica, bem como diminuição das relações sociais e dos contactos diários, doença e redução da mobilidade.

Um outro estudo (Novo, 2003 cit. in Fonseca, 2006) sobre bem-estar psicológico levado a efeito em mulheres portuguesas idosas da região de Lisboa, conclui que, “a reforma da vida ativa, mais ou menos compulsiva, dá lugar a uma progressiva 'reforma psíquica'.

De acordo com os autores supra mencionados, existe uma principal limitação à investigação sobre a reforma que se traduz no facto de esta ser tratada frequentemente como um acontecimento isolado, ignorando habitualmente as mudanças que ocorrem nas circunstâncias de vida dos indivíduos que se reformam, incluindo aspetos importantes como a mudança de residência, a completa emancipação dos filhos, a ocorrência de problemas de saúde ou a morte de familiares e pares.

Neste sentido, os autores efetuaram um estudo junto de 912 reformados norte-americanos, de ambos os sexos, situados num escalão etário entre os 55 e os 75 anos, todos eles reformados no decurso dos cinco anos precedentes, tendo sido avaliadas quer a exposição diferenciada a acontecimentos de vida antes e depois da reforma, quer o impacto à exposição a acontecimentos de vida concorrentes com a reforma. Quanto à primeira questão avaliada, os resultados indicaram que as mulheres experimentam quase sempre mais acontecimentos de vida positivos do que os homens, quer nos anos

imediatamente anteriores à reforma, quer nos anos seguintes. No entanto, os autores apenas constatarem diferenças de género relativamente aos acontecimentos anteriores à reforma.

Fonseca (2006) faz referência a um estudo de Atchley (1976, 1996) identificando assim um conjunto de fases através das quais se analisa frequentemente o processo de "transição-adaptação" à reforma:

- Fase da *pré-reforma*: o indivíduo começa a separar-se emocionalmente do seu trabalho, perspectivando a sua vida futura como "reformado". Para Atchley, (1976, 1996, cit. in Fonseca, 2006), a associação entre "reformado" e "velhice" e as conotações pejorativas que habitualmente andam ligadas a esta etapa da vida podem tornar esta fase que antecede a reforma particularmente difícil e até mesmo penosa. Para muitas pessoas, a passagem a um regime profissional a tempo parcial, como passo transitório antes da efectiva e completa "passagem à reforma", assegura uma desejada ligação mínima ao mundo do trabalho, favorece o equilíbrio emocional e promove uma articulação com outros contextos (família, lazer, interesses extra-profissionais), dos quais o indivíduo andava distante e de que agora se pode aproximar de um modo progressivo, preparando verdadeiramente a sua inserção na condição de "reformado";

- Fase de "*lua-de-mel*": o indivíduo abandona a vida profissional, experimenta a condição de "reformado" e começa a procurar viver o que anteriormente imaginou, adotando basicamente uma de duas posturas - ocupação/atividade versus descanso/tranquilidade -, ou uma combinação entre elas; segundo Atchley, (1976, 1996, cit. in Fonseca, 2006), é geralmente um período que corresponde a uma elevada satisfação de vida, uma espécie de "férias prolongadas";

- Fase *do desencanto*: fase caracterizada pela diminuição da satisfação experimentada na fase anterior; aqui o indivíduo descobre, podendo a condição de não ter atividade profissional ser menos gratificante do que ter os dias confinados confinada a usufruir de liberdade apenas nos finais de dia e aos fins-de-semana; o indivíduo sente-se vazio e podem ocorrer estados depressivos;



- Fase *da definição de estratégias de coping*: estudos realizados por Atchley (1989, cit. in Fonseca, 2006) demonstraram efetivamente que a satisfação com a condição de "reformado" diminui progressivamente ao longo do primeiro ano, levando a uma procura de soluções para a ocupação do tempo disponível, que traga consigo motivos de satisfação duradoura;

- Fase *da estabilidade*: o indivíduo revela capacidade para pensar e sentir a sua vida de uma forma integrada e, nessa medida, elabora e desenvolve objetivos de vida que se constituem como estratégias adaptativas eficazes face à situação em que se encontra; algumas pessoas mantêm-se numa atitude de descanso/tranquilidade, mas a maioria procura estabelecer uma rotina de substituição da vida profissional anterior, que pode ser completamente nova ou então ser um reforço de um padrão.

- Fase *da dependência*: implica passar de um estado de total para um estado de necessidade de ajuda, incluindo a gestão do quotidiano;

- Fase *do retorno*: o indivíduo cansa-se ou incompatibiliza-se mesmo com a sua condição de vida e move-se para fora do seu papel de reformado, procurando de novo uma ocupação de natureza profissional que lhe preencha o tempo.

## 1.2. Qualidade de Vida

A qualidade de vida é um conceito que difere de pessoa para pessoa, isto porque cada pessoa tem a sua própria definição do termo. Por exemplo, uma pessoa pode considerar que o requisito mais importante para se ter um bom nível de qualidade de vida é o dinheiro, enquanto que outra pessoa poderá dar primazia à saúde. E a mesma pessoa pode ter ideias diferentes do que consiste a qualidade de vida em distintos momentos da vida.

Bowling (1986, cit. in Neves, 2000), definiu este termo como “*um conceito amorfo com uso multidisciplinar (geografia, literatura, filosofia, direito, economia da*

*saúde, promoção da saúde e ciências médicas e sociais) e como um conceito vago, que incorpora multidimensional e teoricamente todos os aspetos da vida do indivíduo.”* Por outro lado, a OMS, (1990, cir. in Neri 1993, definiu o referido conceito como “*uma percepção individual da sua posição na vida, no contexto dos valores culturais em que está inserido, em relação com os seus objetivos, expectativas e condicionalismos existentes*” (p.24), podendo este conceito ser afetado pela saúde física, psicológica, dependência, relações sociais e fatores ambientais.

Segundo Paúl & Fonseca (2005), na aldeia a intimidade é mais restrita que na cidade, o que pode ter consequências ao nível do bem-estar psicológico.

Contudo, e apesar de o rendimento do indivíduo não ser a determinante principal da qualidade de vida, considera-se que será de todo impossível falar-se em qualidade de vida sem um rendimento mínimo para a manutenção física do indivíduo.

Neste estudo (Paúl & Fonseca, 2005), realizado sobre a satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses, conclui-se que os idosos que residem em meios rurais, a sua maioria com baixos níveis de escolaridade ou mesmo analfabetos, e possuindo rendimentos muito baixos, têm um nível de qualidade de vida bastante baixo. No entanto, estes consideram-se satisfeitos com o nível de vida que possuem, pois atribuem bastante importância às redes de suporte informal, como a família e os amigos, alegando que estes estão sempre presentes.

Felizmente que a reforma tem o lado positivo e que nem todos a encaram de modo negativo. De facto, muitos vêem-na como uma oportunidade, como o descanso e a recompensa que mereciam e precisavam (Paúl & Fonseca, 2005).

### **1.3. Projetos de Vida**

De acordo com Pinto (2001), a reforma é então um ponto de viragem na vida do idoso, sendo necessário existir uma certa preparação prévia para este momento, de modo a que a vida seja repensada. É necessário criar novos interesses, ou seja, novos projectos de vida para o futuro.

É imprescindível alterar o conceito de reforma, pois a nossa sociedade ainda apelida os reformados como uns inúteis que vivem às custas do país, mas não é assim, os reformados vivem às custas do trabalho de toda uma vida.

Se um indivíduo reformado se deixar influenciar pelos estereótipos e ideias pré-concebidas socialmente construídas e aceites, corre o risco de viver resignado a essa mesma sorte, não sendo por isso capaz de estabelecer novas metas para o seu futuro, pois a reforma não é um fim, mas um começo de uma nova fase da vida que poderá revelar-se muito prazerosa.

Para que o indivíduo reformado possa construir o seu novo projeto de vida e continuar a perspetivar a sua vida após a reforma é necessário que a sua família tenha consciência que o seu papel é fundamental e insubstituível. Pois o novo projeto de vida do reformado pode passar por dedicar mais tempo à família, ajudando-a nas tarefas diárias e aliviando-lhe alguma das suas preocupações.

Estes projetos de vida dos reformados podem ainda passar pela manutenção de certos hábitos que tinham antes de se afastarem do trabalho, como por exemplo no caso das mulheres que durante a sua vida se dedicaram à agricultura, o seu projeto de vida para o futuro poderá ser continuar a cultivar alguns produtos para a sua própria subsistência e da sua família.

A reforma e o aumento do tempo livre associado a esta pode levar a que os idosos se dediquem a uma nova tarefa, como por exemplo dedicando-se mais à vida religiosa, participando em atividades que até então não tinham oportunidade.

Reorganizar o quotidiano, abstrair-se da profissão e encontrar um papel, quer na vida pessoal, quer na vida social, que confira ao idoso a utilidade que sempre teve é o grande desafio que se coloca à após a reforma. (Silva 2009)

## 2. Bem-Estar Psicológico e Ânimo nos Idosos Reformados

A pessoa idosa torna-se bastante sensível e vulnerável, deixando-se levar pela opinião dos outros. Mesmo que o idoso encare a velhice tal como ela se apresenta, aceitando as perdas e negando os preconceitos negativos, este está sempre susceptível a aceitar sem se questionar, as etiquetas com que a sociedade os rotula, acabando muitos deles por se conformar, acreditando nessas ideias de que são uns velhos senis, mimados, etc., tornando essa ideia uma realidade. De acordo com Olievenstein (2000), há uma disparidade entre o que a sociedade pensa do idoso e o que ele é realmente, *“há uma contradição profunda entre o que os outros pensam de nós, do nosso aspecto, das nossas realizações e a nossa vida íntima, o juízo que fazemos sobre nós mesmos.”* (p. 23).

É de salientar, de acordo com Santos (2002), que os estereótipos negativos que a sociedade tem em relação ao idoso podem constituir em alguns casos um efeito benéfico, na medida em que os idosos ao compararem-se com eles, os repudiam, melhorando a sua auto-imagem, ou não se identificando com eles, vendo-se a si próprios de modo positivo, como que uma exceção à regra, sentindo que são idosos devido à sua idade, mas que não se sentem como idosos e que não têm características de idosos.

Posto isto, os idosos que consideram a velhice como um acontecimento natural do ciclo vital de vida, são mais felizes, pois vêem o sentido da sua vida, envolvendo-se na sociedade e no meio que os rodeia, não fugindo do mundo, mas encarando-o de “cabeça erguida”, reconhecendo em si aspectos positivos, como valores, sensatez, experiência de vida e reconhecendo as vantagens do envelhecimento, como por exemplo, a diminuição do trabalho, das responsabilidades e competições que dele advêm.

A solidão interfere de modo significativo com a saúde e a segurança das pessoas com idades avançadas.

A solidão é um dos problemas que atualmente tem uma maior representatividade nos idosos, embora esta também se faça notar bastante junto de adultos activos, jovens e até crianças, talvez devido ao facto de a nossa sociedade valorizar muito o que é material, deixando para segundo plano a dimensão afectiva, não existindo espaço nem tempo para que as pessoas se preocupem umas com as outras. Assim, conceitos como os de família ou amigos tendem a mudar ou mesmo ser deixados para trás, ficando cada pessoa entregue a si própria e sentindo-se só, mesmo podendo estar rodeada diariamente por imensas pessoas. É estar acompanhado e sentir-se só.

Santos (2002) diz-nos que o sentimento de solidão é muito vivido pelos idosos, pois estes não encontram compensações nesta etapa da vida, e consequentemente vêm-se assolados pela solidão. Sentem que os outros os consideram uns “chatos”, e que não se interessam pelo que dizem e que se aborrecem por ter de repetir cada ideia por estes já não possuírem uma boa audição e que por isso evitam falar na sua presença. Os idosos começam a sentir que são um “estorvo” e um impedimento para as tarefas dos outros, sentindo que não sendo sequer úteis para dar um conselho ou opinião. Todas as incapacidades que se vão assolando do idoso são experiências muito negativas se este não tiver o apoio de familiares, conduzindo assim ao aumento da solidão.

A solidão existe quando as relações que a pessoa tem são reduzidas ou insatisfatórias ou quando o individuo perde o cônjuge. Quando há uma relação de harmonia com outros indivíduos, em que há uma partilha de interesses, cria-se uma certa dependência entre pais e filhos bastante favorável e vantajosa para o indivíduo.

Segundo Calado (2004), *“as ajudas a prestar às pessoas idosas não terão de ser reduzidas aos bens e serviços materializados, mas igualmente se terão de equacionar, com tanta ou mais-valia, as ajudas imateriais, os suportes comunicacionais...”* (p. 62), pois a falta destes é, muitas vezes, o que leva à solidão.

A depressão é um outro estado que pode ser vivenciado pelo idoso. No entanto alguns autores defendem que os sintomas da depressão do idoso são, muitas vezes associados ao fator “idade” ou seja, a tristeza na vida avançada é por vezes considerada como algo normal, parte integrante do processo de envelhecimento.

Indivíduos com depressão têm maior risco de mortalidade e menor qualidade de vida quando comparados com indivíduos não deprimidos.

Torna-se necessário dissociar a depressão de consequência de idade avançada, de forma a tratar de acordo com a patologia.

No caso da transição da vida profissional para a reforma, o abandono do mundo do trabalho deveria levar o indivíduo a experimentar um ânimo mais elevado, pois deixa de estar sujeito ao stress profissional, aos problemas com os filhos, que nesta fase já se emanciparam. No entanto nesta fase podem ocorrer alguns riscos psicológicos denominados de “neura da reforma” (Prentis, 1992).

Estamos perante várias mudanças em simultâneo, muitas delas podendo não ser conciliáveis entre si, pois nem sempre as modificações trazem apenas benefícios, também acarretam perdas, pelo que se torna possível o aparecimento de sentimentos de frustração, tristeza, neura.

O indivíduo pode experienciar a sensação de “estar deslocado” porque passa mais tempo em casa, porque pode ir passear na hora em que todos os outros trabalham. Uma vez mais se refere a importância do controlo pessoal para garantir o equilíbrio entre ganhos e perdas.

### 3. Satisfação com a Reforma

Como foi referido anteriormente, o maior ou menor sucesso adaptativo face à reforma é mediado pelo impacto exercido por uma serie de variáveis na satisfação de vida dos indivíduos reformados. (Fonseca, 2004b).

Torna-se importante realçar as diferenças entre homens reformados e mulheres reformadas, uma vez que as diferentes condições levam a desvantagens e a maiores dificuldades de ajustamento das mulheres à reforma. Estas diferenças percecionam-se logo desde o momento da decisão de se reformar, pois é mais provável que as mulheres se reformem por motivos ligados á família, como apoio a pais, sogros ou mesmo ao próprio marido, ao contrário dos homens. Já após a reforma as diferenças continuam a verificar-se, pois a mulher continua a assumir, como anteriormente a realização dos serviços domésticos, acumulando muitas vezes com os cuidados aos netos a que anteriormente não podia dedicar-se. Isto confere-lhe um sentimento de “prisão ao lar” ao passo que o homem sente-se livre para sair e conviver com a sociedade.

Barreto (1984, cit. in Fonseca, 2006) efetuou um estudo, por via do qual pode perceber-se que para os homens a saída do mercado de trabalho provocou uma alteração da imagem de si próprios, das relações sociais, bem como uma perda de poder económico, enquanto que, para as mulheres o afastamento do trabalho, o regresso a casa não levou a sentimentos de frustração, uma vez que a mulher entendia o trabalho, muitas vezes, como um mal necessário, pois garantia-lhe rendimento económico e simultaneamente cansaço e duplo trabalho que teria de ser conciliado com os afazeres domésticos.

A saúde é também uma das variáveis estudadas por diversos autores, no entanto a sua relação com a passagem à reforma torna-se difícil de comprovar, uma vez que tanto se pode entender que a reforma pode potenciar problemas de saúde ao nível psíquico e consequentemente ao nível físico, ou pode também entender-se que os problemas de saúde aparecem com o avançar da idade, o que muitas vezes acontece após a entrada na reforma.

O casamento ou a relação conjugal de um casal é outro exemplo de alterações com a passagem à reforma. Neste sentido, Gilford (1984, cit. in Fonseca, 2006) defende que após a entrada na reforma, os casais vivem, ao que ele denominou, uma fase de lua de mel, que se dissipa com o decorrer dos anos, quer pelo facto de o momento da reforma não coincidir com a do cônjuge, quer pelo facto de após a reforma o casal conviver de forma constante e permanente, o que pode levar a algum desconforto pessoal.

O modo como o indivíduo reformado ocupa o seu tempo livre é uma outra variável apontada por alguns autores no que respeita à satisfação com a vida e a reforma, pois é muito importante que o excesso de tempo seja utilizado para atividades e interesses que proporcionem prazer e sentido à vida, para que a reforma não seja encarada como uma paragem, mas como uma mudança.



# **CAPÍTULO III**

## **Estudo Empírico**

## **1. Estudo Empírico**

Neste capítulo iremos proceder à descrição da problemática do fenómeno em análise, através da justificação, finalidade da investigação e apresentação das questões orientadoras formuladas.

Serão abordados as opções sobre o contexto do estudo, os participantes, o processo de recolha de dados, os aspetos formais e éticos da recolha de dados, os procedimentos para a análise de dados, assim como os critérios de validade e rigor da investigação norteadores deste estudo.

Apresentamos e descrevemos os resultados tendo em conta a revisão do enquadramento contextual do estudo.

### **1.1. Pertinência e objetivos da Investigação**

O envelhecimento da população está a tornar-se um dos problemas mais importantes das sociedades contemporâneas. Cada vez mais os países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento, vêem-se confrontados com esta problemática. A população envelheceu rapidamente e o número de pessoas idosas não deixa de aumentar, enquanto que a população total tem tendência a estabilizar ou mesmo a diminuir.

A reforma envolve um conjunto de transformações sociais, psíquicas e económicas na vida do ser humano que podem influenciar o processo de envelhecimento, quer de um modo favorável, quer desfavorável. Isto é, o indivíduo pode entender a entrada na reforma como um momento de libertação, passando a dispor de mais tempo para o lazer, para a família e para si próprio, ou pode entender este período como um corte com a sociedade, começando a isolar-se do mundo, a distanciar-se dos amigos, pois por vezes os amigos são os colegas de trabalho. O facto de quebrar as rotinas diárias pode também condicionar o indivíduo negativamente, pois já não existe a necessidade de se arranjar para sair de casa, começando o reformado a

despreocupar-se com a sua aparência. Como refere Olivenstein (2000) “*Valorizamos de mais os estragos da idade, a redução das nossas capacidades (...) vivemos já como velhos quando os outros nos vêem ainda jovens.*” (Olivenstein 2000, p.23).

No entanto, apesar da questão do envelhecimento da população ter vindo a suscitar interesse por parte dos investigadores, existem poucos estudos que se debrucem sobre a satisfação com a vida após a reforma. São também escassos os estudos sobre o modo como os idosos compreendem a sua entrada na reforma e, a partir deste momento constroem novos projectos de vida. Todavia, a nível nacional, são de realçar os estudos de Fonseca (2004 ,2005, 2006).

Torna-se, deste modo, pertinente desenvolver estudos que permitam aprofundar o conhecimento relativamente aos aspetos vivenciais após a reforma, sobretudo enfatizando uma perspetiva comparativa que permita examinar perfis diferenciados entre idosos institucionalizados e não-institucionalizados. Neste sentido, ao contributo para o avolumar do conhecimento acerca da perceção dos idosos acerca da reforma e afastamento do trabalho, bem como as características e necessidades adjacentes a esta condição, acresce um contributo em termos da reflexão acerca das estratégias de intervenção e políticas sociais que visem transformações que permitam dar maior dignidade e respeitabilidade à velhice. Como refere Quaresma (2004), as políticas sociais dirigidas aos idosos devem proporcionar atividades de lazer de modo a tornar menor o impacto da reforma, pois estando ocupados o afastamento do trabalho terá menos consequências negativas.

Assim, a presente investigação pretende, como objetivo geral (OG), analisar as diferenças entre indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados, no que respeita à satisfação com a reforma e estado de ânimo.

Mais concretamente, pretendem-se alcançar os seguintes objetivos específicos (OE):

OE1. Analisar as diferenças entre idosos institucionalizados e não-institucionalizados relativamente à satisfação com a sua reforma, considerando as

seguintes dimensões específicas: a) razões para a reforma; b) satisfação com a vida; c) motivos de prazer.

OE2. Avaliar as diferenças ao nível de ânimo entre idosos a residir no seu seio sociofamiliar (não-institucionalizados) e idosos a residir em Estrutura Residencial para Idosos (institucionalizados).

## 2. Hipóteses

De acordo com Quivy (1998,) “*uma hipótese é uma proposição que prevê uma relação entre dois termos que, segundo os casos, podem ser conceitos ou fenómenos*”. (p. 136). Uma hipótese é, então, uma “*proposição provisória*”, uma presumível resposta ao problema de investigação, que só será aceite ou rejeitada após ser testada. Deste modo, considerando os objetivos anteriormente indicados e que norteiam o presente trabalho, formulam-se as seguintes hipóteses:

H1: Existem diferenças significativas entre indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados na forma como lidam com o processo de passagem à reforma;

H1a: Idosos institucionalizados e não institucionalizados diferem relativamente às razões para a reforma;

H1b: Idosos institucionalizados e não institucionalizados diferem relativamente à satisfação com a vida;

H1c: Idosos institucionalizados e não institucionalizados diferem relativamente aos motivos de prazer;

H2: Idosos não-institucionalizados apresentam níveis de ânimo mais positivos, relativamente a idosos institucionalizados.

O autor refere ainda que, não existem observação ou experimentação que não se baseie em hipóteses, devendo ser bem construídas, pois caso contrário conduzem a “*becos sem saída*” e a suposições inconscientes ou preconceituosas.

### 3. Instrumentos

#### 3.1. Questionário Sóciodemográfico

O Questionário Sóciodemográfico (cf. Anexo 1) é composto por oito questões gerais, que procuram caracterizar os participantes do presente estudo, englobando questões relativas ao sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, principal profissão desenvolvida durante a vida ativa, valor da reforma/pensão, com quem vive e área geográfica de residência.

#### 3.2. Escala de Ânimo de Lawton

A *Escala de Ânimo* (cf. Anexo 2) utilizada na presente investigação, resulta da adaptação portuguesa de (Paúl, 1991 cit. in Fonseca, 2006) do instrumento proposto por Lawton para avaliar o bem-estar psicológico de idosos. A *Escala de Ânimo* é constituída por 17 itens que permitem avaliar três dimensões gerais: a) Solidão–Insatisfação, b) atitudes face ao próprio envelhecimento, c) agitação.

A *solidão-insatisfação* corresponde a uma avaliação subjectiva do ambiente e do apoio das redes sociais, que resulta ou não numa percepção de solidão e num sentimento de insatisfação. As *atitudes face ao próprio envelhecimento* correspondem a um balanço entre a vida passada e a vida presente. O fator *agitação* corresponde a maior ou menor manifestação de comportamentos de ansiedade.

A Escala de Ânimo é, portanto um instrumento que permite estabelecer um perfil de bem-estar psicológico dos idosos, uma percepção integrada da história de vida de cada um, e ainda, a percepção que cada idoso tem do seu atual contexto físico e social (Paul, 1992,cit. in Fonseca 2006).

### 3.3. Inventário de Satisfação com a Reforma

O *Inventário de Satisfação com a Reforma* (cf. Anexo 3) consiste num instrumento originalmente desenhado por uma equipa de investigadores norte-americanos (Floyd, Haynes, Doll, Winemiller, Lemsky, Burgy, Werle & Heilman, 1992 cit. in Fonseca, 2006) intitulado "The Retirement Satisfaction Inventory" com o intuito de avaliar o grau de satisfação do idoso com a vida e com a passagem à reforma.

Trata-se de um instrumento que permite refletir as questões relativas à reforma encarando-a como um acontecimento de vida, avaliando o modo como o indivíduo perceciona a sua vida passada e como sente a transição da vida ativa para a reforma, avaliando também a satisfação com a vida atual, bem como as expectativas futuras em termos de adaptação à situação de reforma.

A versão portuguesa do instrumento foi definida através do recurso à versão original norte-americana e a uma versão francesa, sendo a tradução feita por dois psicólogos, um deles com conhecimentos fluentes de português.

Assim, a versão portuguesa do inventário, adaptada por Fonseca (2006) respeita as características essenciais apresentadas na versão norte-americana e na versão francesa, apresenta 55 itens de resposta fechada, sendo a respetiva cotação efetuada sob a forma de uma ponderação, que varia entre quatro possibilidades de resposta — de "Nunca" a "Frequentemente" / de "Nada importante" a "Muito importante", e seis possibilidades de resposta — de "Completamente insatisfeito(a)" a "Completamente satisfeito(a)" / de "Nada importante" a "Muito importante".

O *Inventário de Satisfação com a Reforma* encontra-se dividido em três principais escalas ou dimensões, as quais se sub-dividem, por sua vez, em sub-escalas:

- a) Razões para a reforma: dada a importância que a vida profissional assume na sociedade contemporânea, a avaliação das percepções e dos sentimentos associados à vida profissional anterior, bem como dos eventuais motivos inerentes à "passagem à reforma" (stress profissional, pressões externas, interesses pessoais, circunstâncias imprevistas), permite, segundo os autores do inventário, compreender melhor em que medida o processo de transição adquire um carácter stressante;
- b) Satisfação de vida: entendendo a satisfação de vida como a avaliação que as pessoas fazem da vida como um todo, refletindo a discrepância percebida entre as

aspirações e as realizações (Paul, 1992 cit. in Fonseca, 2006), faz todo o sentido proceder a uma avaliação da satisfação que o indivíduo reformado retira da sua atual condição de vida, procurando analisar essa satisfação a partir de domínios concretos da sua vida quotidiana: vida familiar, vida conjugal, condições materiais e de saúde, recursos sociais e comunitários disponíveis;

c) *Motivos de prazer*: “uma resposta adaptativa consistente e a longo prazo à condição de reformado implica, necessariamente, o recurso a uma gama ampla e variada de fontes e de motivos de obtenção de prazer, os quais deverão permitir ao indivíduo experimentar e sentir que as suas necessidades desenvolvimentais e de obtenção efetiva de satisfação estão a ser correspondidas no dia-a-dia” (Fonseca 2006, p. 341); para os autores do inventário revela-se útil, pois, avaliar quais os aspetos que mais diretamente os indivíduos reformados associam ao seu bem-estar individual, nomeadamente, em termos da ausência de stresse, de atividades sociais desempenhadas e de liberdade e controlo da vida pessoal.

Tendo por base as três escalas inicialmente definidas pelos autores do instrumento, a estrutura fatorial observada na amostra portuguesa (Fonseca 2004), mostrou ser semelhante à observada quer na versão norte-americana, quer na versão francesa, isto no que respeita às escalas *razões para a reforma e motivos de prazer*. Em qualquer uma das amostras foram identificadas as mesmas quatro sub-escalas ("interesses pessoais", "stresse profissional", "pressões externas" e "circunstâncias imprevistas", no que respeita à escala *razões para a reforma*) e três sub-escalas ("liberdade e controlo da vida pessoal", "actividades sociais" e "ausência de stresse", no que respeita à escala *motivos de prazer*), propostas na versão original norte-americana (Fonseca, 2004).

A razão para a importância da sub-escala "vida conjugal" na amostra portuguesa (claramente diferenciada da "vida familiar" em geral) deve-se ao facto de a maioria dos intervenientes neste estudo continuar a ter uma vida conjugal perfeitamente regular e estável, fazendo derivar dessa circunstância muita da satisfação de vida que obtêm nesta etapa desenvolvimental, que corresponde às teorias de vários autores, relativamente à importância do casamento nesta fase da vida, encarando-o como uma fonte privilegiada de suporte e de dependência mútua, facilitador da adaptação ao envelhecimento. (Calasanti, 1996; Cohen & Wills, 1985; Paul, 1992, cit. in Fonseca, 2006)



A matriz fatorial da escala *razões para a reforma*, conforme resulta da adaptação portuguesa (Fonseca, 2004), é apresentada no Quadro 1.

**Quadro n.º 1 Matriz Fatorial da Escala Razões para a reforma**

Sub escalas	Itens Avaliados
Interesses pessoais	4-Alcançado a idade de reforma 7-Recursos económicos suficientes 13-Passar mais tempo com a família 14-Mais tempo livre 15-Dar lugar aos mais novos
Stress Profissional	16-Não gostar do emprego 17-Emprego causava muito stress 18-Emprego fisicamente exigente
Pressões externas	8-Reformado(a) antecipadamente 10-Problemas de relacionamento no emprego 11-Pressionado(a) pelos chefes 12-Recebido uma indemnização
Circunstancias imprevistas	5-Problemas de saúde 6-Problemas de saúde do cônjuge 9-Redução do horário de trabalho 19-Por vontade do cônjuge

Fonte: Fonseca (2004, p.443)

No Quadro 2 são apresentadas as quatro sub-escalas que, na versão portuguesa da adaptação deste instrumento (Fonseca, 2004), compõem a escala de satisfação com a vida: segurança e saúde física, vida conjugal, serviços e recursos comunitários e residência e vida familiar.

**Quadro n.º 2 Matriz Fatorial da Escala Satisfação com a vida**

Sub escalas	Itens Avaliados
Segurança e Saúde Física	22-Situação Financeira 23-Saúde Física 28-Forma física 32-Segurança Pessoal
Vida Conjugal	21-Casamento 24-Saúde do cônjuge
Serviços e recursos comunitários	29-Disponibilidade de transportes públicos 30-Serviços de apoio comunitários 31-Serviços de apoio estatais
Residência e vida familiar	25-Qualidade da residência onde se vive 26-Relação com os filhos e netos 27-Relação com outros familiares 19-Por vontade do cônjuge

Fonte: Fonseca (2004, p.444)

Para a escala motivos de prazer, a análise fatorial fez emergir três sub-escalas – liberdade e controlo da vida pessoal, atividades sociais e ausência de stress (Fonseca, 2004) – conforme se apresentam no Quadro 3.

**Quadro n.º 3 Matriz Fatorial da Escala Motivos de Prazer**

Sub escalas	Itens Avaliados
Liberdade e controlo da vida pessoal	40-Dedicação aos interesses pessoais 41-Não ter um emprego 42-Mais tempo com a família 43-Mais tempo com os amigos 44-Controlar a vida pessoal 45-Não ter chefes 47-Menos stresse
Atividades Sociais	46-Viajar mais 48-Conviver com pessoas reformadas 49-Mais tempo para atividades de lazer 50-Participar em ações de voluntariado
Ausência de stress	51-Menos preocupações 52-Mais tempo para pensar 53-Vida mais descontraída 54-Poder estar mais tempo sozinho(a)

Fonte: Fonseca (2004, p.445)

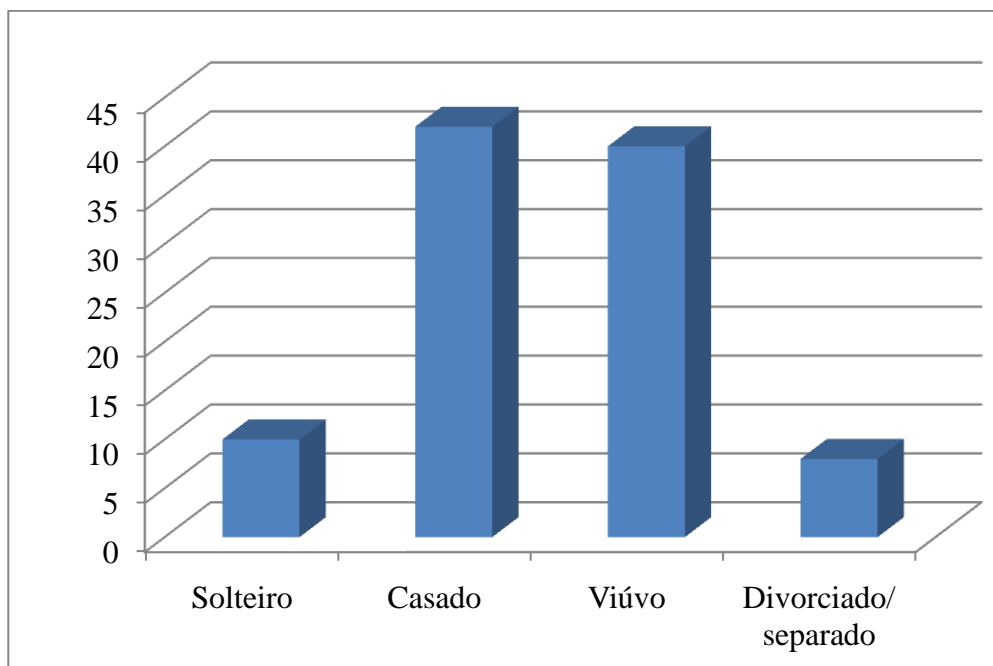
## 4. Amostra

Esta investigação decorreu junto de 50 indivíduos reformados do concelho de Condeixa-a-Nova, sendo que 25 destes são idosos institucionalizados numa Estrutura Residencial para Idosos e os restantes são idosos inseridos na comunidade e sem qualquer apoio institucional.

Dos 50 idosos entrevistados, 21 eram homens e 29 eram mulheres, 42% e 58%, respetivamente.

Quanto ao estado civil, a maioria dos indivíduos é casado (42%) ou viúvo, (40%) conforme se mostra no Gráfico 2.

*Gráfico 2 Estado civil dos elementos da amostra*



Quanto ao nível de escolaridade, a maioria dos elementos da amostra tem apenas o 1º ciclo do ensino básico, seguido dos que não têm qualquer nível de escolaridade. Apenas 4 participantes possuem o 2º ciclo e 3 o 3º ciclo do ensino básico. O ensino

secundário faz parte da formação de 2 elementos da amostra e 3 possuem formação superior, distribuídos de acordo com o Quadro 4.

**Quadro 4 – Nível de escolaridade dos idosos da amostra**

<i>Nível de escolaridade</i>	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
Não frequentou ensino formal	10	20
1º Ciclo do ensino básico	28	56
2º Ciclo do ensino básico	4	8
3º Ciclo do ensino básico	3	6
Ensino Secundário	2	4
Ensino Superior	3	6

Considerando a idade da amostra, a idade média foi de 81,72 anos (DP = 5,646) no caso dos idosos institucionalizados e 73,08 anos (DP = 7,308) no caso dos não-institucionalizados. No Quadro 5 são apresentadas as estatísticas descritivas referentes à idade da amostra, dividido por grupo (institucionalizado e não-institucionalizado).

**Quadro n.º 5 - Idade dos idosos por grupo**

<i>Idosos Institucionalizados</i>				<i>Idosos Não-institucionalizados</i>			
Mínima	Máxima	Média	DP	Mínima	Máxima	Média	DP
68	91	81,72	5,646	61	95	73,08	7,308

O Quadro 6 apresenta as estatísticas descritivas referentes à idade da amostra, considerando agora homens e mulheres em separado.

***Quadro n.º 6 - Idade dos idosos por género***

<i>Sexo Masculino</i>				<i>Sexo Feminino</i>			
Mínima	Máxima	Média	DP	Mínima	Máxima	Média	DP
64	86	76,24	6,633	61	95	78,24	8,559

## 5. Procedimentos

Passeira (2008) refere que o processo ou caminho que o investigador percorre, rumo aos seus objectivos é vulgarmente denominado por método. Método pode ser definido de variadas formas sem que se observe uma grande variabilidade conceptual, uma vez que todas as definições apontam para o processo pelo qual se atinge um determinado objectivo. A este propósito, Trujillo, cit. in Lakatos e Marconi (1992), define método como a forma pela qual o investigador procede ao longo de um caminho.

Na prossecução dos objetivos propostos, procedemos à seleção de idosos que correspondessem aos critérios para estabelecimento da amostra. Para tal, e de modo a assegurar a compreensão dos inquéritos aplicados durante a presente investigação, foi necessário identificar indivíduos com resposta verbal e mental preservada, ou seja, apresentarem total compreensão dos objetivos do estudo, bem como ter capacidade de comunicação verbal que lhe permitissem responder às questões. Optámos por não aplicar instrumentos de avaliação cognitiva pelo conhecimento que temos dos utentes e do contato periódico com estes, durante o qual, apresentam discurso coerente, claro e orientado no seu dia-a-dia.

A amostra foi constituída por 50 idosos, desenvolvendo-se a aplicação dos instrumentos metodológicos no período de Junho a Agosto de 2012, com uma duração média de 42,5 minutos. A marcação do dia, hora e local das mesmas foi realizada de acordo com a preferência dos participantes.

Todos os participantes foram contactados pessoalmente, dando-lhes a conhecer o estudo e os critérios de seleção definidos. Expusemos a cada um os objetivos do trabalho e a metodologia de obtenção de informação que iríamos utilizar. Foi-lhes ainda informado que o tratamento das informações seriam integralmente realizados por nós e que seria garantida o anonimato. Todos os seleccionados aceitaram com satisfação participar neste estudo.

Como forma de salvaguardar os direitos da pessoa, foi proporcionada a informação essencial acerca do estudo aos participantes (apresentação e objetivo do estudo), de modo a que pudessem proceder a um consentimento livre e esclarecido

(Fortin, 2009). Sendo assim, formalizou-se o pedido de colaboração através do consentimento informado que foi entregue aos participantes entrevistados.

Para os não alfabetizados, o termo de consentimento informado foi lido pelo investigador, sem interferência nas respostas, e assinado com a impressão digital do indicador direito no local da assinatura do termo de esclarecimento. Para os alfabetizados, o termo de consentimento informado foi lido pelo próprio entrevistado e assinado.

A aplicação dos instrumentos foi realizada de forma individual e personalizada, num ambiente calmo (sala fechada), sem interferência nos horários de atividades dos idosos. Estas decorreram na instituição onde o idoso reside (no caso dos idosos institucionalizados) ou no seu domicílio (no caso dos idosos não-institucionalizados).



## 6. Resultados

Os resultados serão apresentados respeitando a sequência das hipóteses colocadas anteriormente.

### 6.1. Satisfação com a Reforma

No que concerne às escalas e subescalas do Inventário de Satisfação com a Reforma, bem como às variáveis independentes consideradas no presente estudo, e recorrendo à aplicação *SPSS 21.0 for Windows* apresentamos os resultados alcançados para cada escala e subescala. Considerando que um dos objetivos fundamentais do presente estudo é analisar as diferenças entre idosos institucionalizados e não-institucionalizados relativamente à satisfação com a sua reforma, foi utilizado como procedimento estatístico “para tratamento dos dados a análise t-student”.

De acordo com o Quadro 7, podemos constatar através dos resultados *t-test* que, globalmente no que respeita aos três fatores de satisfação com a reforma, existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de idosos, institucionalizados e não institucionalizados, uma vez que o nível de significância é inferior a 0.05. Assim, de uma forma geral, os idosos institucionalizados apresentam menores níveis de satisfação com as razões para a reforma ( $M = 1,882$ ), satisfação de vida ( $M = 2,689$ ) e motivos de prazer ( $M = 2,282$ ) quando comparados com os idosos não-institucionalizados (2,267, 3, 938 e 2,861 para cada fator, respetivamente). Deste modo, globalmente considerados os resultados fornecem suporte estatístico para H 1.

**Quadro 7 – Comparação das escalas de Satisfação com a Reforma entre Idosos Institucionalizados e Não-institucionalizados**

	Idosos Institucionalizados	Idosos Não- institucionalizados	t
Razões para a Reforma	1,882	2,267	-2,242*
Satisfação com a vida	2,689	3,938	-7,980***
Motivos de Prazer	2,282	2,861	-4,518***

\*p < 0,05 \*\*\*p < 0,001

Uma exploração mais pormenorizada dos dados requer uma análise mais detalhada dos mesmos, considerando as diferentes subescalas que, de acordo com a adaptação portuguesa do Inventário de Satisfação com a Reforma (Fonseca, 2004), compõem os três principais fatores apurados. Deste modo, nas secções seguintes far-se-á a apresentação destas análises, apresentando-se os resultados das comparações entre idosos institucionalizados e não-institucionalizados em todas as subescalas do instrumento.

### **6.1.1. Análises comparativas nas subescalas da dimensão Razões para a Reforma**

Considerando as subescalas das razões para reforma, e de acordo com o Quadro 8, podemos constatar que é nos Interesses Pessoais e nas Pressões Externas que existem as diferenças estatisticamente significativas. Mais especificamente, a análise das estatísticas descritivas permite concluir que são os idosos institucionalizados que apresentam menores níveis de interesses pessoais ( $M = 2,704$ ) e pressões externas ( $M = 1,020$ ), quando comparados com idosos não-institucionalizados ( $M = 3,584$  e  $M =$

1,210, para cada subescala, respetivamente). Assim, é encontrado suporte empírico para H1a.

**Quadro 8. Razões para a Reforma: Comparação das subescalas entre Idosos Institucionalizados e Não-Institucionalizados**

	Idosos Institucionalizados	Idosos Não- institucionalizados	t
Interesses Pessoais	2,704	3,584	-2,483*
Stresse Profissional	1,640	2,173	-1,702
Pressões Externas	1,020	1,210	-2,119*
Circunstancias Imprevistas	1,900	1,750	-0,797

\*p < 0,05

### 6.1.2. Análises comparativas nas subescalas da dimensão Satisfação de Vida

O Quadro 9 apresenta os resultados na dimensão satisfação com a vida, as suas várias subescalas, e em função dos dois grupos-alvo deste estudo. Pela sua análise é possível concluir pela existência de diferenças estatisticamente significativas entre todas as subescalas do fator Satisfação de Vida. Com efeito, os idosos não-institucionalizados apresentam maior nível de satisfação com a segurança e saúde física ( $M = 4,270$ ), vida conjugal ( $M = 4,240$ ), serviços e recursos comunitários ( $M = 2,893$ ) e residência e vida familiar ( $m = 4,240$ ), quando comparados com idosos institucionalizados (médias de 3,720, 1,680, 1,333 e 3,180 para cada subescala, respetivamente). Deste modo, os resultados fornecem suporte empírico para H1b.

**Quadro 9. Satisfação de Vida: Comparação das subescalas entre Idosos Institucionalizados e Não-Institucionalizados**

	Idosos Institucionalizados	Idosos Não- institucionalizados	t
Segurança e Saúde Física	3,720	4,270	-3,049*
Vida Conjugal	1,680	4,240	-4,774***
Serviços e Recursos Comunitários	1,333	2,893	-5,059***
Residência e vida familiar	3,180	4,240	-4,760***

\*p <0,05    \*\*\*p<0

O momento de passagem à reforma pode ter repercussões ao nível psicológico, tal como já referimos anteriormente, e consequentemente ao nível da satisfação com a vida.

Para a maioria das pessoas, a passagem à reforma é o fim de um período longo que moldou toda uma vida, podendo significar um aumento da satisfação com a vida ou a diminuição dessa satisfação. O modo de encarar esta transição é crucial para garantir a satisfação com a vida nos anos que se seguem. Com o presente estudo, e através do Inventário de Satisfação com a Reforma, podemos constatar que os reformados institucionalizados no concelho de Condeixa-a-Nova apresentam-se muito mais insatisfeitos com a vida que têm do que os idosos não-institucionalizados, sendo as diferenças evidentes ao nível da segurança física e saúde, vida conjugal serviços e recursos comunitários e residência e vida familiar.

Estes resultados devem ainda ser interpretados tomando em consideração as sugestões de outros autores (Quick & Moen cit. in Fonseca, 2006), que defendem ser bastante forte a correlação que, sobretudo a partir da meia-idade e nos indivíduos reformados de ambos os sexos, existe entre saúde e satisfação de vida, para quem as alterações de saúde que ocorrem inevitavelmente na idade da reforma, associadas não à reforma mas sim ao processo de envelhecimento, exercem um impacto negativo na satisfação de vida dos indivíduos reformados.

Relativamente à vida conjugal, importa salientar que a maioria dos idosos institucionalizados inquiridos é viúvo, o que pode explicar as diferenças significativas constatadas ao nível da vida conjugal.

No que se refere aos serviços e recursos comunitários, é importante realçar que a grande maioria dos reformados institucionalizados tem pouca perceção dos serviços disponíveis, na medida em que não é utilizador dos mesmos, pois a instituição garante acesso a serviços de saúde, segurança social e transporte.

No que respeita à residência e vida familiar, esta subescala também apresenta diferenças significativas entre os dois grupos, o que nos leva a sugerir que os idosos institucionalizados apontam alguma insatisfação no que se refere à vida familiar, devido à reduzida e “fraca” qualidade da relação que mantêm com familiares. Também a maioria dos institucionalizados terá apontado a residência como razão de alguma insatisfação ou pouca satisfação, sabendo-se que preferiam estar na sua própria casa, mas a vida e a sua condição levou à necessidade de integrar uma Estrutura Residencial para Idosos. De acordo com Ramos (2004 cit. in Fonseca, 2006), a família é o plano com maior centralidade na vida das pessoas e aquele onde a interação pessoal ganha maior significado, pelo que explica que os indivíduos casados e que vivem com a família mais próxima (cônjuge e/ou filhos) revelam uma satisfação de vida mais elevada.

Podemos, assim concluir que uma diminuição da satisfação de vida não está indissociavelmente ligada à passagem à reforma ou ao processo de envelhecimento, mas sim a aspetos como a vida familiar, a vida conjugal, viver na companhia do cônjuge e/ou dos filhos, manter interesses e objetivos pessoais ou dispor de serviços e recursos comunitários ao seu alcance. Atchley (1992 cit. in Fonseca, 2006) defende que a satisfação de vida mantém-se ou sai até reforçada na medida em que as pessoas idosas continuam a exprimir valores duráveis nas relações familiares.

### **6.1.3. Análises comparativas nas subescalas da dimensão Motivos de Prazer**

Conforme se pode observar no Quadro 10, a dimensão motivos de prazer apresenta três subescas, que, quando tomadas para comparação entre idosos

institucionalizados e não-institucionalizados, revelam a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Assim, mais especificamente, podemos observar que os idosos institucionalizados apresentam níveis menores de prazer com liberdade e controlo de vida ( $M = 2,457$ ) e atividades sociais ( $M = 1,920$ ), comparativamente aos níveis manifestados por idosos não-institucionalizados para as mesmas subescalas ( $m = 3,320$  e  $M = 2,510$ , respetivamente). Para a subescala referente a ausência de stress não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em comparação. Ainda assim, globalmente considerados, os resultados fornecem suporte empírico para H1c.

**Quadro 10. Motivos de Prazer: Comparação das subescalas entre Idosos Institucionalizados e Não-Institucionalizados**

	Idosos Institucionalizados	Idosos Não- institucionalizados	t
Liberdade e controlo da vida	2,457	3,320	-6,017***
Pessoal			
Atividades Sociais	1,920	2,510	-3,210*
Ausência de Stresse	2,340	2,410	-0,504

\* $p < 0,05$  \*\*\* $p < 0$

O impacto que a passagem à reforma exerce sobre a vida psicológica dos indivíduos, pode ser analisado atendendo ao padrão de ocupação do tempo e às atividades a que o indivíduo recorre no sentido de o preencher. Como refere Fonseca (2006), numa visão positiva da passagem à reforma, *“abandono do mundo do trabalho deveria levar o indivíduo a experimentar novas fontes de prazer, que lhe garantissem um ânimo elevado. Contudo, isto não sucede assim com todos os indivíduos, verificando-se diferenças assinaláveis na forma como os indivíduos lidam com o processo de “transição-adaptação” desenvolvimental caracterizado pela “passagem à reforma” em função da dimensão motivos de prazer, seja porque descobrem que a condição de reformado não é particularmente estimulante e afundam-se em estados de*

*tipo depressivo, seja pela incapacidade de lidar com uma situação que envolve diversas mudanças em simultâneo, seja porque não conseguem compensar as perdas ligadas à vida profissional com ganhos ligados à reforma, seja finalmente porque a "passagem à reforma" acaba por ganhar o significado de "entrada na velhice", arrastando consigo todo um cortejo de estereótipos erguido em torno de sentimentos de frustração, de tristeza, etc” (p.515).*

A liberdade e controlo da vida pessoal, dimensão a que está associada itens como a dedicação aos interesses pessoais, poder passar mais tempo com a família e com os amigos, controlar a vida pessoal na ausência de chefes e das pressões de um emprego, é o principal motivo de prazer com diferenças mais significativas entre os dois grupos do nosso estudo.

Dos restantes motivos de prazer considerados no estudo quantitativo, aparece em segundo lugar, em termos de discrepância entre os grupos, as atividades sociais.

Assim, atendendo a que o fator atividades sociais, comporta os seguintes itens: poder viajar mais, conviver com pessoas reformadas, atividades de lazer, participação em ações de voluntariado, concluímos que os idosos institucionalizados atribuem pouca importância ao convívio com pares, à participação na vida social e cultural do país. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Fonseca (2006), que denota, igualmente, tendência de que estamos perante uma “sociedade sonolenta” que apresenta baixa participação sociocultural.

Em suma, a passagem à reforma ganha uma importância especial como momento de viragem (Moen & Wethington, 1999 cit. in Fonseca, 2006) na vida dos trabalhadores portugueses, marcando para a maioria deles o início da velhice, designadamente, sob o ponto de vista social. De facto, em mais nenhuma outra esfera da vida encontramos um acontecimento que de forma tão clara se identifique com o início da velhice, representando o fim de uma etapa e o início de outra. A passagem à reforma constitui um acontecimento inevitável na história pessoal, aguardado com maior ou menor expectativa mas pouco receado.

## 6.2. Bem-estar Psicológico e Ânimo

Na prossecução do segundo objetivo específico delimitado para o presente trabalho, serão de seguida apresentados e discutidos os resultados no que respeita ao bem-estar psicológico (ânimo) experimentado por idosos reformados de dois grupos distintos, nomeadamente idosos integrados em Lar e idosos a residir no seu meio sócio-familiar.

Através do estudo quantitativo realizado com a Escala de Ânimo de Lawton, podemos verificar que idosos não-institucionalizados, mais especificamente, e de acordo com o quadro 11, dos 25 idosos institucionalizados que foram inquiridos, 28% referiram-se sentir-se muito sós, enquanto que dos idosos não institucionalizados, apenas 4% referiram-se sentir-se muito sozinhos (resultados respeitantes à questão 13 – “Sinto-me muito só” - da Escala de Ânimo de Lawton).

Este resultado não é, de todo, surpreendente, uma vez que vem reforçar um estudo realizado por Barreto, (1984 cit. in Fonseca, 2006) no concelho de Matosinhos usando a Escala de Ânimo de Lawton, tendo o autor concluído que a principal causa de solidão no homem idoso prendia-se com os sentimentos de frustração e de privação. Relativamente à mesma problemática foi levado a cabo por Paúl, (1992 cit. in Fonseca 2006) um estudo que concluiu que a solidão é sentida como aspeto central no que respeita ao bem-estar do idoso.

Analisando os resultados do presente estudo, podemos dizer que uma das razões da solidão no idoso, prende-se com a sua institucionalização, ou seja com o afastamento do meio social e familiar. Fonseca (2004) terá concluído que “a perda de mobilidade, a diminuição de poder económico e sobretudo a viuvez, constituem-se como a principal causa de solidão” Assim, tendo em conta a nossa amostra, da qual se tem uma visão privilegiada, uma vez que nos remete para o local de trabalho e residência da investigadora, podemos arriscar a possibilidade de serem os idosos institucionalizados os que se sentem mais sós pelo facto de serem estes também os mais dependentes ao nível físico, ou seja com menor mobilidade, bem como verem o seu rendimento mensal diminuído, face às despesas com a permanência em lar de Idosos, somando ainda ao facto de que a maioria destes é solteiro ou viúvo (não casado).



**Quadro 11. Frequências dos itens referentes ao bem-estar psicológico e ânimo e teste de Qui-Quadrado**

	Idosos Institucionalizados				Idosos Não-institucionalizados				X <sup>2</sup>
	SIM		NÃO		SIM		NÃO		
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	
As pequenas coisas incomodam-me mais este ano	6	24	19	76	3	12	22	88	0,232*
Às vezes estou tao preocupado(a) que não consigo dormir	3	12	22	88	4	16	21	84	0,500
Tenho muitos motivos para estar triste	7	28	18	72	2	8	23	92	0,069
Tenho medo de muitas coisas	4	16	21	84	4	16	21	84	0,649
A vida é custosa para mim a maior parte do tempo	6	24	19	76	1	4	24	96	0,049
Levo as coisas muito a serio	11	44	14	56	19	76	6	24	0,021*
Preocupo-me com facilidade	9	36	16	64	10	40	15	60	0,500
As coisas pioram conforme envelheço	22	88	3	12	16	64	9	36	0,048
Tenho tanta energia como no passado	1	4	24	96	7	28	18	72	0,024*
Conforme se envelhece tornamo-nos menos uteis	25	100	0	0	18	72	7	28	0,005*
Conforme envelheço as coisas estão melhores do que eu pensava	5	20	20	80	9	36	16	64	0,173
Estou tao feliz como quando era novo(a)	2	8	23	92	12	48	13	52	0,002*
Sinto-me muito só	7	28	18	72	1	4	24	96	0,024*
Estou vezes suficientes com a família e os amigos	10	40	15	60	25	100	0	0	0,000***

\*p < 0,05 \*\*\*p < 0

Os resultados obtidos no estudo quantitativo realizado com a *Escala de Ânimo de Lawton* permitem-nos considerar a Hipótese 3 apenas como *parcialmente provada*, no que diz respeito às atitudes face ao próprio envelhecimento, pois dos 14 itens da referida

escala em 7 destes, pode constatar-se que as diferenças entre os dois grupos de idosos são significativas. Estes resultados mostram que em vários pontos, idosos institucionalizados apresentam uma atitude negativa ao passo que idosos não institucionalizados mostram uma atitude mais positiva no que concerne ao próprio envelhecimento.

No concernente ao item 5 da Escala “ A vida é custosa para mim a maior parte do tempo”, 24% dos idosos institucionalizados responderam afirmativamente, ao passo que à mesma questão, apenas responderam sim 4% dos reformados não institucionalizados.

No que toca ao item 8 “ As coisas pioram conforme envelheço”, as diferenças entre os dois grupos de idosos também são notórias, uma vez que 88% dos idosos institucionalizados responderam de forma afirmativa assim como 64% dos idosos não institucionalizados. Neste caso concreto podemos afirmar que isto se pode prender com o facto de reformados institucionalizados se encontrarem fisicamente mais limitados, considerando que o envelhecimento vai piorando as patologias que já evidencia.

Em resposta ao item 9 “Tenho tanta energia como no passado”, uma vez mais se denota que idosos institucionalizados possuem atitude mais negativa, na medida em que responderam positivamente à questão 4% dos residentes em Lar, contrapondo o mesmo tipo de resposta de 28% no caso dos não institucionalizados. Ou seja 7 dos 25 idosos a residir no seu meio social e familiar referem ter tanta energia como no passado enquanto apenas 1 reformado institucionalizado refere a existência de tanta energia como no passado.

Respeitante ao ponto 10 “ Conforme se envelhece tornamo-nos menos uteis, as diferenças entre os dois grupos são ainda mais significativas do que as dos itens anteriores, uma vez que responderam afirmativamente 100% dos idosos institucionalizados contra 72% dos idosos não institucionalizados.

Quanto à questão “Estou tao feliz como quando era novo(a)” as diferenças entre idosos institucionalizados e idosos na comunidade são ainda mais significativas, com um nível de significância de 0,002, conforme mostra o quadro anterior, sendo possível contatar que apenas 8% dos idosos institucionalizados se sentem tao felizes como quando eram novos e 48% dos reformados não institucionalizados têm o mesmo sentimento de felicidade.

Por fim, e uma diferença muito significativa entre os dois grupos de idosos reformados está o último item da Escala de Ânimo de Lawton, revelando que a totalidade dos idosos não institucionalizados sentem que estão vezes suficientes com a família e os amigos, ao passo que apenas 40% dos idosos integrados em Estrutura Residencial para Idosos revelam estar vezes suficientes com a família e os amigos.

O ponto 13 da Escala “Sinto-me muito só”, já referenciado aquando da discussão dos resultados referentes á hipótese 2, mostra também uma diferença significativa entre os dois grupos analisados.

O Ponto 6 “Levo as coisas muito a sério”, demonstra diferenças significativas entre os dois grupos, no entanto neste caso, parece-nos que a questão pode ser entendida de forma positiva ou negativa de acordo com cada um dos inquiridos, pois pode ser visto como positivo o idoso levar as coisa a sério, uma vez que não descara coisas importantes na vida, como por exemplo a sua saúde, assim como pode ser entendido como negativo, na medida em que o idoso se preocupa em demasia com determinadas situações e se preocupa de forma excessiva com ela, o que pode condicionar o seu bem-estar psicológico. Pareceu-nos em várias situações, quando se colocava esta questão ao idoso que este tinha dificuldade em entender o seu sentido, respondendo muitas vezes sem pensar devidamente na situação, dizendo ao investigador “Ponha que sim”.

Em todos os outros itens avaliados pela Escala de Ânimo não se registaram diferenças significativas entre os distintos grupos.

## Conclusão

A realização deste estudo foi uma oportunidade de descoberta e um permanente desafio na caminhada que agora concluímos. Através de um processo de análise e interpretação dos dados recolhidos pretendíamos obter as diferenças mais significativas entre a perspetiva dos idosos institucionalizados e dos não institucionalizados no que a adaptação à reforma diz respeito, que consideramos ter sido alcançadas.

Atualmente a sociedade começa a estar consciente da necessidade de se preparar previamente o momento da aposentação, de modo a que este período possa corresponder a uma fase normal do ciclo de vida do indivíduo, sendo vivenciada de forma saudável. Parece, portanto importante avaliar a perceção que o idoso tem da reforma para nortear a nossa atuação, bem como a delineação de políticas sociais de apoio a idosos residentes em lar e residentes na comunidade/meio sociofamiliar, com o objetivo de alcançar o tão almejado envelhecimento bem-sucedido.

É importante que o idoso se sinta aceite pela sociedade em que vive, para viver em equilíbrio mantendo a sua saúde. Compreender o idoso como um ser único, envolvido num contexto próprio, com a sua perceção do mundo face às competências adquiridas durante os anos, são alguns pontos que devem ser considerados.

A velhice proporciona experiências e sabedoria, permitindo um melhor conhecimento do passado, uma vivência mais real do presente e uma melhor programação do futuro.

O aumento da expectativa de vida da pessoa idosa deverá assim estar, diretamente relacionado com uma boa qualidade de vida, com autonomia e integração na sociedade e família, aproveitando e potencializando as capacidades individuais desta. É importante conhecer os nossos idosos para estabelecer metas alcançáveis e de acordo com o que realmente é sentido por eles.

Os preconceitos e estereótipos relativos ao reformado, presentes na sociedade atual, fortemente caracterizados com atributos negativos, associados à improdutividade, ineficiência, aparecimento de doenças, declínio, fragilidade, dependência e exclusão, necessitam de ser modificados. Esta mudança implica um esforço conjunto do

indivíduo, família e da sociedade para que seja possível uma mudança pessoal e social para que o ciclo da vida se cumpra de uma forma agradável e sem grandes traumas.

No contexto da institucionalização, apesar desta proporcionar aos idosos alguns sentimentos menos positivos, salienta-se os seus benefícios para o bem-estar pessoal, nomeadamente no que concerne ao apoio e cuidados permanentes para aqueles que de forma autónoma não os conseguem auto satisfazer.

Perceber a compreensão e aceitação da reforma e a auto-avaliação do nível de ânimo, quer dos reformados institucionalizados, quer de aposentados não-institucionalizados, foi uma das finalidades deste estudo. Assim, no decorrer da realização da presente dissertação, realizada através de um estudo quantitativo com 25 idosos institucionalizados e 25 idosos não-institucionalizados procurou-se caraterizar as principais diferenças entre estes dois grupos, ao nível da satisfação com a reforma e nível de ânimos percebidos.

Os resultados permitem de um modo geral, concluir que os idosos institucionalizados sentem-se mais sós do que idosos não institucionalizados, assim como também apresentam mais atitudes negativas face ao envelhecimento e à sua condição de reformado.

Mais especificamente, e em relação, à satisfação com a reforma, foi possível concluir, através do Inventário de Satisfação com a Reforma, que os idosos institucionalizados apresentam-se mais insatisfeitos, sendo ao nível da dimensão da satisfação com a vida que se verificam as diferenças mais significativas. Através da Escala de Ânimo de Lawton podemos também concluir que os idosos institucionalizados apresentam níveis inferiores de ânimo e bem-estar psicológico, sendo as diferenças estatisticamente significativas em algumas das questões da referida escala, nomeadamente “As pequenas coisas incomodam-me mais este ano”, “Levo as coisas muito a sério”, “Tenho tanta energia como no passado”, “Conforme se envelhece tornamo-nos menos úteis”, “Estou tao feliz como quando era novo (a)”, “Sinto-me muito só”, “Estou vezes suficientes com a família e os amigos”.

Na realidade, nada ocorre aos 65 anos para que se utilize essa idade como um marco na vida humana, em que para trás o indivíduo é útil, válido e responsável, e daí para a frente vê-se rejeitado ou pelo menos marginalizado por uma sociedade competitiva, para a qual deixou de ter valor.

Assim, parece-nos importante que sejam criadas políticas sociais no sentido de aproveitar a capacidade e disponibilidade de reformados, de modo a que estes se sintam úteis e que realmente o sejam para uma sociedade como a nossa que apresenta atualmente várias fragilidades, podendo estes indivíduos prestar o seu contributo. A título de exemplo, podemos apontar as ações de voluntariado em que reformados que foram professores podem dar apoio a crianças e jovens em idade escolar, com dificuldades de aprendizagem e oriundos de famílias desajustadas e desfavorecidas, que pelos seus próprios meios não conseguem satisfazer essas necessidades educativas dos filhos. Neste cenário e noutros idênticos, podem ser úteis indivíduos reformados de várias classes sociais, desde profissões como jardineiro, pedreiro, canalizador, etc., e assim prestarem apoio a pessoas que deles precisam, nomeadamente idosos ou pessoas carenciadas que não têm meios para pagar a um profissional. Tudo isto integrado em projetos de voluntariado da responsabilidade de instituições e autarquias.

Face aos resultados obtidos com este estudo, e uma vez que, os idosos institucionalizados apresentam, em algumas das dimensões consideradas, menores níveis de satisfação com a reforma e menores níveis de ânimo/bem-estar psicológico, poder-se-á colocar a seguinte questão: O que poderão as instituições fazer a este nível, para colmatar as tendências negativas verificadas em idosos institucionalizados? O presente estudo pode, assim mostrar-se muito importante em termos de contributo teórico e de conhecimento da problemática, levando a intervenções práticas ao nível institucional, de modo a colmatar os baixos níveis de ânimo e de satisfação com a reforma, nomeadamente ao nível da satisfação de vida e de motivos de prazer, dirigindo a sua atividade, para que esta vá de encontro aos interesses, desejos e aspirações dos idosos residentes. Os idosos de hoje não são iguais aos seniores de há 10 ou 20 anos e com certeza não são iguais aos idosos daqui a alguns anos, daí ser extremamente vantajoso rever as políticas institucionais, bem como as atividades proporcionadas aos idosos, em função do que estes desejam para assim minimizar o impacto da reforma e da institucionalização. A prossecução deste objetivo poderá passar pela aplicação de

questionários aos utentes, no sentido de apurar quais as suas necessidades, quais as atividades que gostariam de ver dinamizadas, entre outros, para depois nortear a sua atuação.

Não obstante os resultados alcançados no presente estudo tenham permitido a concretização dos objetivos inicialmente obtidos torna-se importante mencionar algumas das limitações ao estudo.

Segundo Szinovacz, (1991 cit. in Fonseca, 2006) uma das limitações ligada aos estudos sobre a reforma resulta do facto de esta ser muitas vezes tratada como um acontecimento isolado, ignorando outras mudanças que ocorrem na vida dos indivíduos que se reformam, como por exemplo,

No estudo por nós realizado, entendemos que apenas considerámos a institucionalização como um acontecimento que ocorreu durante a reforma e que talvez por isso tenha condicionado e negativizado a perspetiva da situação de reformado. Como prova disso mesmo apresentamos o facto de a vida conjugal se ter mostrado como um ponto de satisfação com a vida

Demonstrámos que os efeitos ligados à velhice "tomam conta" do desenvolvimento psicológico do indivíduo, minimizando ou anulando mesmo quaisquer efeitos sobre esse desenvolvimento decorrentes da passagem à reforma.

Não é evidente o estabelecimento de uma correlação entre um determinado grau de satisfação e a condição de reformado, pois múltiplos acontecimentos e experiências de vida característicos da idade da reforma podem interferir nessa satisfação.

Outra limitação prende-se com o facto da não utilização em simultâneo do método qualitativo, uma vez que este dá-nos informações acerca do modo como o indivíduo perceciona as repercussões da condição específica de reformado na sua vida pessoal e social, o que foi sem dúvida desperdiçado neste trabalho, pois aquando da recolha dos dados, e dada a relação de confiança entre investigador e elementos da amostra, estes não se limitavam única e exclusivamente a responder às questões formuladas, mas iam buscando exemplos das respostas às interrogações.

Uma outra lacuna deste estudo prende-se, conforme referiu Fonseca (2006) nos inventários e questionários que usámos neste estudo, como é o caso do uso de terminologia do tipo "mais do que uma vez por semana" ou "algumas vezes por dia", uma vez que estes sofrem modificações ao longo do ciclo de vida, salientando-se ainda

que de acordo com Baltes & Smith (2003) in Fonseca (2006) os idosos fazerem, muitas vezes, uma avaliação de si mesmos e do seu bem-estar psicológico baseados em comparações com outros que gozam de menos saúde ou têm menos família

No entanto, apesar das limitações referidas, entende-se que estas não colocam em causa a pertinência nem os resultados que deste estudo. É de referir que se os indivíduos responderam em comparação com outros relativamente ao Inventário de Satisfação com a Reforma, o mesmo não sucedeu com a Escala de Ânimo de Lawton, uma vez que as questões apenas exigem resposta afirmativa ou negativa. Por último realçar que os participantes neste estudo estavam bastante motivados e até muito satisfeitos por o fazerem, o que se pode depreender que as suas respostas não foram de modo algum forçadas, sendo para eles um prazer participar, na medida em que podiam fazer sobre a sua vida e situação pessoal.

Em suma, com esta dissertação aprendemos bastante, embora saibamos que nela existem várias lacunas, nomeadamente o facto de a investigadora viver numa fase da vida muito longe da reforma e da velhice, mas e quiçá, daqui a alguns anos ao reler esta dissertação, escrevesse tudo de forma diferente. Com esta investigação, desenvolvemos uma experiência que consideramos positiva. Nela foi abordado um tema de interesse comum, no qual foi possível alcançar novos saberes e perspetivas sobre uma dimensão específica da vida, a reforma e o envelhecimento.



## Bibliografia

- Almeida, J. F. (1994) *Introdução à Sociologia*. Lisboa: Universidade Aberta
- Baracho, M.A. (2005). *Envelhecer e Entardecer: Uma nova resposta*. Hospitalidade 268 16-21
- Blanco, E. (2007). Síndromes geriátricas. Revisfarm – Edições Médicas
- Butler, R. (1974) Successful aging, *Mental Health*, 58, 6-12
- Cabrilo, F. & Cachafeiro, M. L. (1992). *A Revolução Grisalha*. Lisboa: Planeta Editora.
- Carreira, H. M. (1995), *As políticas sociais em Portugal*. Lisboa: Gradiva
- Cordeiro, M.P. (2008). Ambiente institucional de um lar de idosos. *Revista de psicologia*, 1 (p. 17-22)
- Durham, J. (1989). Aspectos psicosociales del cuidado de los ancianos. In M. Carol, & L. J. Brue (Eds.), *Cuidados de enfermería insdividualizados en el anciano* (p. 125-144). Barcelona: Doyma.
- Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e sociedade. Demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Ferreira, C. (2009). Envelhecimento e lazer: Um caminho para a qualidade de vida. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Coimbra, Universidade de Coimbra.
- Fonseca, A. M. (2004<sup>a</sup>). Desenvolvimento humano e envelhecimento. Lisboa: Climpsi.

- Fonseca, A. M. (2004b) Aspectos psicologicos da passagem á reforma: Um estudo qualitativo com reformados portugueses. In C. Paúl & a. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 45-73). Lisboa: Climpesi.
- Fonseca, A. M. (2006). Uma abordagem psicológica da “passagem à reforma”: Desenvolvimento, envelhecimento, transição e adaptação. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciencias Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Franco, J. M. (2010). *Envelhecer bem: Uma questão de sucesso*. Nursing 254, (pp. 31-37)
- Giorgi, A. & Sousa, D. (2010). Método fenomenológico de investigação em psicologia. Lisboa: Fim de Século.
- Gonçalves, P. C. (2003). Envelhecer com autonomia. Nursing 15, (pp. 20-24)
- Hernandis, S. & Martinez, M. (2006). *Gerontologia: Actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson Prentice.
- INE, (2009). Projeções de população residente em Portugal 2008-2060 [Online]. [Consult. 21-5-2012]. Disponível: [http://www.app.com.pt/wpcontent/uploads/2009/01/projpopresport\\_2008-2060.pdf](http://www.app.com.pt/wpcontent/uploads/2009/01/projpopresport_2008-2060.pdf).
- INE, Estatísticas Demográficas 2010: Lisboa [online] [Consultado em 17/12/2012]. Disponível em: <http://www.ine.pt>.

INE, Pordata (2012) Base de Dados de Portugal Contemporâneo. Portugal: Lisboa [Online.] [Consultado em 17-12-2012]. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal/indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+censos>.

Moreira, D. C. (1994). *Planeamento e estratégias da investigação social*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Murakami, L. & Scattolin, F. (2010). Avaliação da independência funcional e da qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista de medicina hereditária*, 21, 18-26.

Neri, A. L. (1993). *Qualidade de vida e idade madura*. São Paulo; Papiru Editora

Neves, C. F. (2000). *Qualidade de vida em pessoas com Diabetes Mellitus*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra: Coimbra

Nunes, J. S. (2001). O Homem a envelhecer: A vida afectiva. *Geriatria* 14, 17-27.

Oliveinstein, C. (2000). *A arte de envelhecer*. Lisboa: Editorial Notícias.

Passeira, C. S. (2008). O contributo da família para o envelhecimento com dignidade: Abordagem fenomenológica das vivências dos idosos no contexto da família. Dissertação de Mestrado em Bioética Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.

Paúl, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Editora Almedina.

Paúl, M. C. & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Coimbra: Editora Almedina.

- Pimentel, L. (1995). A sociedade e o apoio ao idoso. *Cadernos de Bioética*, 9, 53-60.
- Pimentel, L. (2000). Novas tendências do apoio social ao cidadão idoso. *Geriatrics*, 12, 13-18.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: Contextos e trajectórias*. Coimbra: Quarteto.
- Pinto, A. M. (2001). *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Quarteto.
- Prentis, R. (1992). Passages of retirement. Personal histories of struggle and success. New York: Greenwood Press.
- Quaresma, M. L., Fernandes, A. A., Calado, D. F. & Pereira, M. (2004). O sentido das idades da vida: Interrogar a solidão e dependência. Lisboa: Edições Cesdet.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L.V. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Santos, P. F. (2002). *A depressão no idoso*. Lisboa: Planeta Editora.
- Sequeira, R., Botelho, M., Coelho, F. (2002). A velhice: Algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7, 899-906.
- Silva, S. M. (2009). *Envelhecimento Activo: Trajectórias de vida e ocupações na reforma*. Dissertação de Mestrado em Sociologia Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Silveira, N. (2008). Envelhecer com autonomia. *Enfermagem*, 59, 5-8.
- Simões, A. (2005). Envelhecer bem? Um modelo: *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 39, 217-227.

Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família: Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.

Sousa, L., Galante, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar nos idosos: Um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37, 364-371.

Vaz, E. (2008). *A velhice na primeira pessoa*. Porto: Editorial Novembro.

Veríssimo, M. (2006). Actividade física e envelhecimento. In Firmino, H. (2006). *Psicogeriatrics: Psiquiatria Clínica*: Coimbra

Villegas, S., Pérez, R. (2009). Autopercepción de los adultos sobre su vejez. *Revista Kairós*, 12, 39-58.